

ASSOCIATION
DE LA
FIÈVRE TYPHOÏDE
ET DE LA
TUBERCULOSE AIGUE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le mardi 3 décembre 1895, à 3 heures

PAR

Alfred SALEUR

Né à Rouvres-la-Chétive (Vosges), le 7 décembre 1870

Examineurs : { MM. SPILLMANN, *Président.*
DEMANGE, *professeur.*
HAUSHALTER, *agrégé.*
ZILGIEN, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1895



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555810_0010

ASSOCIATION
DE LA
FIÈVRE TYPHOÏDE
ET DE LA
TUBERCULOSE AIGÜE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le mardi 3 décembre 1895, à 3 heures

PAR

Alfred SALEUR

Né à Rouvres-la-Chétive (Vosges), le 7 décembre 1870

Examineurs : { MM. SPILLMANN, *Président.*
DEMANGE, professeur.
HAUSHALTER, agrégé.
ZILGIEN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O, COZE *, I O

HERRGOTT *, I O, HECHT *, I O, BEAUNIS *, I O.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, *, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I O, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements...	M. A. HERRGOTT, I O, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I O, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I O, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT I O, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, A O, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A O, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne.	M. SIMON, A O, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A O, professeur.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, A O, agrégé libre, ch. du c.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. P. PARISOT, A O, agr., ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A O, agrégé, ch. du c.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. FÉVRIER, A O, agrégé, ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies mentales.....	M. N.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A O.	MM. ZILGIEN.	MM. SCHUHL.
HAUSHALTER, A O.	GUILLOZ.	JACQUES.
FÉVRIER, A O.	FROELICH.	LAMBERT.
ETIENNE.		

AGRÉGÉS LIBRES : M. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I O, ROHMER, A O, VAUTRIN, A O, REMY, A O, P. PARISOT, A O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS *, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

Nancy. — Imp. A. Nicolle, 25, rue de la Pépinière.

A MON PÈRE

HOMMAGE DE MA PROFONDE RECONNAISSANCE

A MA MÈRE

TÉMOIGNAGE DE MA TENDRE AFFECTION

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SPILLMANN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HAUSHALTER

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

AVANT-PROPOS

Pendant notre dernière année d'études médicales, nous avons suivi régulièrement la clinique des maladies des enfants. Là, nous avons pu observer avec intérêt deux cas d'association de fièvre typhoïde et de tuberculose aiguë. Notre savant et honoré maître, M. le Professeur agrégé Haushalter attira notre attention sur ces deux faits et nous proposa d'en faire l'objet de notre thèse.

Ce travail, pour être mené à bien, eût exigé un esprit plus habitué que le nôtre aux lois de la pathologie générale et aux déductions scientifiques; il eût exigé encore un nombre plus considérable d'observations, afin que les conclusions en fussent plus rigoureusement déduites. Toutefois, nous avons pu en tirer quelques-unes encore de nos recherches dans la littérature médicale : malgré leur petit nombre et les lacunes qu'elles peuvent présenter, nous avons cru qu'elles pouvaient avoir quelque intérêt et peut-être aider à poser les termes d'un problème encore mal connu.

Loin de nous la prétention de vouloir trancher les différentes questions que nous aurons à soulever dans le cours de ce travail, mais nous nous croirons largement payé de nos recherches, si nous pouvons contribuer, dans une faible mesure, à rendre quelques points moins obscurs.

Nous avons adopté comme titre « *Association de la fièvre typhoïde et de la tuberculose aiguë* », et voici le plan que nous nous proposons de suivre : Après une courte introduction et un historique un peu plus détaillé dans lequel nous rapporterons les différentes opinions des auteurs qui se sont occupés de la question et particulièrement de ceux qui ont étudié les cas d'évolution simultanée des deux maladies, nous essaierons dans un premier chapitre de mettre en lumière la fréquence de cette évolution combinée. Le second chapitre sera l'exposé des observations que nous avons pu recueillir, suivies d'une brève interprétation. Dans le troisième, nous essaierons de montrer comment on peut chercher les éléments du diagnostic, si toutefois c'est chose possible. Nous n'insisterons pas sur le pronostic. Enfin nous tirerons nos conclusions.

Avant de commencer notre travail, un cher devoir nous reste à remplir, c'est d'exprimer notre profonde reconnaissance à M. le Professeur Spillmann pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée ; il ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils ; nous le remercions aussi de l'hon-

neur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

M. le Professeur agrégé Haushalter est de ceux à qui le cœur s'attache instinctivement et que l'on ne saurait quitter sans regret. Nous sommes heureux de lui témoigner ici publiquement les bons sentiments que nous avons pour lui, et de lui offrir l'expression de notre entière gratitude pour la bienveillance toute particulière qu'il a mise à nous guider dans nos recherches.

Les noms de MM. les Professeurs Heydenreich, Hergott et Parisot évoquent en nous un souvenir que nous garderons toujours en raison des marques de sympathies qu'ils n'ont cessé de nous donner alors que nous suivions leurs excellentes leçons au lit des malades.

Nous n'oublions pas non plus M. le docteur G. Etienne, notre maître et ami, à qui nous sommes redevable et de ses soins et de ses conseils.

Merci enfin à nos bons camarades Thiry et Fruhinholz d'avoir bien voulu mettre à notre disposition leur connaissance de la langue allemande.

INTRODUCTION

Il est en clinique un ensemble de symptômes que l'on désigne communément sous le nom de symptômes typhoïdes, parce qu'on les rencontre le plus souvent au complet dans la fièvre typhoïde, et pourtant ils ne sont pas l'apanage de cette seule maladie. On les retrouve en effet dans un certain nombre d'affections, le typhus exanthématique, la méningite cérébro-spinale épidémique, etc., mais surtout dans une forme spéciale de tuberculose, la tuberculose miliaire aiguë. Il existe entre la granulie aiguë et la dothiéntérie des ressemblances symptomatiques qui rendent souvent le diagnostic différentiel très difficile, de sorte que les cliniciens les plus expérimentés n'osent se prononcer pour l'une ou l'autre affection. Dernièrement encore un de nos maîtres de la Faculté réservait son diagnostic, en présence d'un de ces cas embarrassants, heureusement fort rares, en raison de la fragilité des signes cliniques sur lesquels il était contraint de baser son opinion.

A côté de la tuberculose aiguë simulant la fièvre typhoïde, il est une autre forme spéciale de tuberculose que M. Landouzy a étudiée sous le nom de typho-bacillose ; elle n'est pas la granulie, mais bien une forme particulière de tuberculose aiguë, curable, dont la poussée simule la dothiéntérie. Nouvelle cause d'erreur.

Mais voici qui n'est pas fait pour simplifier le problème. On observe parfois une évolution simultanée, une association combinée des deux maladies. Sur quel signe alors établir un diagnostic ? Les deux affections, quelquefois si difficiles à distinguer lorsqu'elles sont isolées, sont maintenant réunies. Comment les reconnaître ? Nous aborderons cette question épineuse dans un des chapitres suivants, mais disons-le de suite, il y a là presque une impossibilité matérielle, et dans la majorité des cas publiés jusqu'alors, rarement, très rarement, on a pu soupçonner cette combinaison morbide. Le plus souvent cette coexistence n'a été qu'une trouvaille d'autopsie.

L'autopsie est donc seule capable de lever l'incertitude et nous avons cru devoir nous borner à rapporter les observations vérifiées par l'examen nécropsique. Celles-là seules nous permettront de tirer des conclusions, le doute étant souvent permis pour les cas suivis de guérison.

Nous disons plus, les lésions macroscopiques peuvent à peine à elles seules entraîner la conviction. Aussi, sommes-nous heureux de pouvoir

ajouter aux investigations faites sur la table d'autopsie, des recherches histologiques et bactériologiques qui, elles, viennent nettement fixer les idées. Quelques-unes de ces recherches, restées négatives, nous forcent à respecter la valeur de la clinique, surtout quand elle base ses affirmations sur l'observation macroscopique des lésions.

HISTORIQUE

Les rapports de la fièvre typhoïde et de la tuberculose ne semblent pas avoir été remarqués avant Laënnec. Un grand nombre de cliniciens soutinrent tout d'abord l'antagonisme des deux maladies.

Rilliet et Barthez (1) croient que « si la fièvre typhoïde exerce une influence sur la tuberculose, cette influence est analogue à celle de la vaccine et de la variole, c'est-à-dire que loin d'imprimer une marche plus rapide à la lésion pulmonaire, elle contribue à faire passer les tubercules à l'état crétaqué ».

Barthez (2) admet l'exclusion presque absolue des deux maladies.

Forget (3) de Strasbourg croit que la phtisie préserve jusqu'à un certain point de l'entérite folliculeuse « parce qu'elle crée un état de débilité

(1) *Traité des maladies des enfants*, tome 2. page 398.

(2) Société de médecine des hôpitaux, 1855.

(3) *Traité de l'entérite folliculeuse*, page 331.

qui est déjà une cause préservatrice, parce que la tuberculisation constitue un point de fluxion qui garantit tous les organes. »

Pidoux (1) s'affirme entièrement partisan de l'antagonisme et déclare ne conserver aucun doute à cet égard. « Jecrois, dit-il, à la réalité de cette antipathie ou de cet antagonisme pathologique autant au moins qu'à l'affinité de la coqueluche et de la rougeole pour la tuberculose pulmonaire. »

Guéneau de Mussy (2), tout en étant moins affirmatif que les précédents, se prononce néanmoins en faveur de l'antagonisme : « Je crois avoir observé des malades, dit-il, qui sont devenus tuberculeux pendant la convalescence de la fièvre typhoïde ; je dis : je crois, parce que dans quelques cas on peut se poser cette question : n'a-t-on pas pris pour une fièvre typhoïde une phtisie qui a suivi une marche aiguë ? »

Damaschino (3) termine son travail en disant que la fièvre typhoïde lui paraît être antagoniste de la tuberculose en ce sens qu'elle semble choisir son terrain et qu'elle n'attaque guère que les individus les moins exposés aux manifestations générales et diathésiques.

Constantin Paul (4) déclare que l'antagonisme

(1) *Étude générale et pratique sur la tuberculose*, 2^e édition, page 331.

(2) *Étiologie de la tuberculose*, page 423.

(3) *Étiologie de la tuberculose*, thèse d'agrégation, 1872.

(4) *De l'antagonisme*, thèse d'agrégation, 1866.

de la fièvre typhoïde et de la tuberculose lui paraît un des mieux démontrés.

Homolle (1) s'exprime ainsi : « Il ne peut être question d'un antagonisme absolu entre la fièvre typhoïde et la tuberculose. Il est absolument vrai que la fièvre typhoïde est rare chez les phtisiques. Si ces deux maladies semblent s'exclure l'une l'autre, en ce sens qu'elles ne coexistent pas, cela s'explique en partie par la lenteur d'action qui provoque le développement de la phtisie, comparée à l'explosion toujours prompte de la fièvre typhoïde. »

Pour *Revilliod* (2), « la fièvre typhoïde ne se déclare que chez un sujet en bonne santé, ou au moins qui n'est pas sous le coup d'une tuberculisation inactive. Réciproquement la fièvre typhoïde ne sera jamais une cause déterminante de tubercules. »

Villemin, bien que pensant que de nouvelles observations soient nécessaires pour juger la question, se range néanmoins avec une certaine hésitation du côté de ceux qui admettent l'antagonisme.

Lebert (3) pense que beaucoup d'affections aiguës auraient un antagonisme marqué pour la tuberculose, surtout quand ces affections aiguës

(1) *Dictionnaire de Jaccoud*, tome XXXVI, page 549, (1884).

(2) *De l'action de quelques maladies aiguës sur la tuberculisation*. Thèse d'agrégation, Paris, 1865.

(3) *Handbuch der pract. medicin*. Bd II, page 163.

seraient sur le point de guérir. Pour lui, la terminaison de la fièvre typhoïde par la phtisie serait loin d'être prouvée.

Enfin *Perroud* de Lyon, dans son ouvrage sur la tuberculose (1861), était si convaincu que l'une des maladies excluait l'autre, qu'il proposait, pour empêcher l'éclosion tuberculeuse, d'inoculer la fièvre typhoïde.

Nous venons d'indiquer brièvement l'opinion des auteurs qui admettent l'antagonisme de la dothiéntérie et de la tuberculose. Nous allons maintenant passer en revue l'opinion de ceux qui reconnaissent les influences réciproques de ces deux maladies, qui nient par conséquent l'antagonisme.

En 1823, *Laënnec* (1) écrivait : « Les fièvres continues et intermittentes graves paraissent être assez souvent des occasions favorables au développement des tubercules, car il n'est pas rare de trouver à l'ouverture des corps des sujets qui ont succombé à ces maladies, quelques tubercules quelquefois assez volumineux dans les poumons et surtout dans les glandes bronchiques. »

En 1830, *Louis* (2) avait lui aussi remarqué ce fait, et sur 46 autopsies de typhiques n'ayant jamais présenté de tuberculose antérieure, il a noté quatre fois la présence de productions tuberculeuses récentes dans le poumon.

(1) *Traité de l'auscultation médiate*, page 424.

(2) *Traité sur la fièvre typhoïde*, page 332, tome I.

Dix ans après, *Andral* (1) était aussi partisan de cette doctrine, car il disait que la tuberculose survenait dans la convalescence de la fièvre typhoïde dans quelques cas, rares, il est vrai.

Leudet, dans sa thèse de 1851, se range aussi à l'idée de Laënnec.

Monneret (2) rejette absolument l'antagonisme. « Combien ne voit-on pas de malades devenir tuberculeux après la fièvre typhoïde ! Combien succombent à une époque avancée de cette maladie avec les poumons remplis de tubercules à différents degrés ! La fièvre typhoïde et la tuberculose ne sont donc pas des affections antagonistiques. »

L'opinion de *Peter* (3) est la suivante : « Parmi les affections aiguës, celles qui auront le plus d'action sur la diathèse tuberculeuse et la feront le plus sûrement se localiser sur les voies respiratoires, sont évidemment celles qui sont générales, qui portent plus spécialement leur détermination morbide sur les organes de la respiration. La preuve de ce que je dis se trouve dans ce fait que la tuberculisation succède assez souvent à la fièvre typhoïde (affection générale et déprimante), à la grippe, à la rougeole, affections générales avec déterminations morbides sur les voies respiratoires ».

(1) *Cliniques médicales*, tome IV, page 45.

(2) *Étiologie de la tuberculose*, tome II, page 343.

(3) *De la tuberculisation en général*. Thèse d'agrégation, 1886.

Chantemesse et Vidal (1) prétendent que la tuberculose n'est pas l'antagoniste de la fièvre typhoïde, « bien au contraire ».

Griesinger (2) pense que la fièvre typhoïde donne parfois une impulsion au développement de la phthisie pulmonaire, impulsion qui ne se fait jamais sentir que quand le processus typhique est complètement terminé. Il explique cette tuberculisation par une transformation tuberculeuse des exsudats qu'a laissés la congestion pulmonaire qui accompagne la fièvre typhoïde, et surtout par le trouble profond de la nutrition qui, chez les malades prédisposés à la tuberculose, produit l'amaigrissement.

L'opinion de *Niemeyer* (3) est que la tuberculose fait souvent suite à la fièvre typhoïde.

Pour *Liebermeister* (4), la phthisie est l'une des maladies qui succèdent le plus souvent à la dothiéntérie. « C'est la conséquence de ce fait accidentel que les exsudats formés pendant la période aiguë de la maladie, au lieu de se résorber, se caséifient, mais aussi et surtout à cause d'une prédisposition héréditaire ». Très rarement, pour

(1) *Traité de médecine, Charcot et Bouchard*, tome I, p. 762.

(2) *Griesinger, Virchow Handbuch der spec. Pathologie. Infektionskrankheiten*, page 209.

(3) *Lehrbuch der spec. Path. und Therapie*, 7. Aufl. II, page 680.

(4) *Ziemssen. Handbuch der spec. Path. und Therapie*, Bd. II. I, page 182.

cet auteur, la tuberculose miliaire aiguë ferait suite immédiatement ou peu s'en faut à la fièvre typhoïde et ici encore il faudrait invoquer un terrain prédisposé.

Ruehle (1) insiste sur la fréquence de la tuberculose consécutive aux affections fébriles aiguës et dit que la fièvre typhoïde, par la longueur de la période fébrile, favorise la tuberculisation.

Pariser (2), loin d'admettre l'antagonisme, rapporte un cas de phtisie pulmonaire consécutive à une fièvre typhoïde et tend à croire que les ulcérations de l'intestin ont servi de porte d'entrée à l'infection tuberculeuse.

Schütz (3) relate deux cas à peu près analogues.

D'autres auteurs encore, parmi lesquels nous citerons Grisolles, Guilhaume, Hérard et Cornil, Murchinson, Grancher et Hutinel nient franchement l'antagonisme des deux maladies.

Enfin, en faveur de cette affirmation, nous trouvons réunis dans des thèses plus ou moins récentes, bien des exemples de coïncidence des deux affections. Qu'il nous suffise de citer celle de Régis Gral (Paris, 1883) qui rapporte cinq observations, celle de Le Covic (Paris, 1878), deux observations,

(1) Ziemssen. *Handbuch der spec. Path. und Therapie*, Bd II, V.

(2) *Phtisis pulmonum als Nachkrankheit zu geschwürigen Processen des Darmtractus*. Inaugural-Dissert. Berlin, 1886.

(3) *Typhus-abdominalis mit Nachfolgender Miliartuberculose*. Prag. med. Wochenschrift, n° 32, 1881, II, 31.

celle de Janez (Lyon, 1883), quatre observations, celle de Doderö (Lyon, 1894), deux observations. Bobinet (thèse de Paris, 1888) conclut son historique en disant « qu'il existe jusqu'à présent 42 faits de tuberculose survenant dans la convalescence de la fièvre typhoïde dont les observations ont été régulièrement écrites et sur lesquelles il n'est permis d'avoir aucun doute ».

Si maintenant nous recherchons quels sont les auteurs qui se sont occupés de l'association combinée des deux maladies, nous constatons qu'ils sont relativement rares, probablement en raison de la rareté même des faits.

Birch-Hirschfeld (1), dans une publication datant de 1871, réunit huit observations de tuberculose miliaire aiguë associée à la fièvre typhoïde. Il est d'avis que dans ces cas la tuberculose généralisée ne peut au fond avoir comme origine qu'une porte d'entrée dans le tube intestinal. Il n'est pourtant pas sans compter avec une certaine prédisposition ou une diathèse tuberculeuse qui, sous l'impulsion de la fièvre typhoïde, aurait évolué vers la généralisation.

L'année suivante, *Mettenheimer* (2) rapporte également quelques observations du même genre.

(1) Birch-Hirschfeld. *Ueber miliartuberculose nach Typhus abdominalis*. « Archiv. für Heilkunde. » 3. 501-521. XII. 1871.

(2) *Beobachtungen über typhoïde Erkrankungen der französischen Kriegsgefangenen in Schwerin*. Berlin. 1872.

Il s'agit de prisonniers français atteints de fièvre typhoïde qui furent traités à l'hôpital de Schwerin, et chez lesquels l'auteur affirme expressément qu'il n'y avait aucun signe clinique de tuberculose à leur entrée à l'hôpital, tandis qu'on trouve des tubercules récents à l'autopsie. Mettenheimer se demande si dans ces cas, la tuberculose était une conséquence de la fièvre typhoïde ou si les deux maladies ont évolué simultanément sans affecter aucun rapport réciproque. Nous verrons au chapitre suivant comment il faut interpréter ces observations.

Massini (1), en 1871, observa un cas de tuberculose aiguë survenue dans la période d'état d'une fièvre typhoïde. La malade, une jeune fille de 28 ans, manifesta, quinze jours durant, des symptômes typhiques avec de la dyspnée et les signes d'une bronchite sèche. A l'autopsie, on trouva, outre les ulcérations typhiques, une ancienne cicatrice scléreuse d'un des sommets, de nombreux tubercules gris récents dans les poumons, les plèvres, la rate et les reins.

En 1893, *Kiener et Villard* (2), à la Société de Biologie, faisaient connaître le premier cas dans lequel la coexistence des deux maladies aurait été démontrée par la bactériologie. Dans

(1) *Ueber die Heilbarkeit der Lungenschwindsucht*. II. 112. 1873.

(2) *Note sur un cas de fièvre typhoïde et de tuberculose aiguë combinées*. Séances et mémoires de la Société de Biologie, 7 janvier 1893, page 14.

la Revue de médecine, *Sarda et Villard* (1) en publiant cette même observation insistent sur la difficulté du diagnostic pendant la vie. Nous aurons à revenir sur ce sujet ultérieurement.

La même année, *Loison et Simonin* (2), dans les Archives de médecine et de pharmacie militaires, pensent qu'il n'y a pas impossibilité à ce que le bacille d'Eberth croisse et multiplie dans les organes lymphoïdes de sujets en puissance de tuberculose. Ils citent à ce propos un certain nombre d'observations, parmi lesquelles quatre d'association combinée typho-tuberculeuse que nous rapportons plus loin. Pour eux, la survenance de la fièvre typhoïde peut donner un coup de fouet à la tuberculose préexistante, ou bien cette dernière peut rester latente et ne se révéler qu'à l'autopsie.

En 1894, *Kalendero* (3), dans la Presse médicale de Vienne, rapporte un cas analogue, que nous sommes heureux de pouvoir ajouter à nos observations. Ce cas est signalé dans la Gazette hebdomadaire.

Enfin M. le professeur agrégé *Haushalter* (4) observa dans son service deux faits nouveaux de

(1) *Un cas de fièvre typhoïde et de tuberculose aiguë combinées*. Revue de médecine, page 852, 1893.

(2) *Coexistence de la fièvre typhoïde et de la tuberculose aiguë ou infection mixte typho-bacillaire*. Archives de médecine et de pharmacie militaires, 1893. Tome XXII, page 289.

(3) Wiener medical Presse, n° 11, page 405. Gazette hebdomadaire, 1894, page 202.

(4) *Association de la fièvre typhoïde et de la tuberculose aiguë*. Revue médicale de l'Est, n° 12, page 353.

cette association combinée. Ces deux observations très complètes, qui ont servi de point de départ à notre travail, sont rapportées dans la Revue médicale de l'Est du 15 juin 1895. Nous les reproduisons en entier avec leur interprétation.

Il résulte de ce court historique qu'il n'y a pas lieu d'admettre encore avec Forget, Damaschino, Pidoux, C. Paul etc., l'antagonisme de la fièvre typhoïde et de la tuberculose. Ces deux maladies ne s'excluent pas l'une l'autre, bien qu'on les voie assez rarement associées. Les typhiques sont soumis à une diète prolongée et à une débilitation profonde, toutes conditions qui doivent favoriser l'éclosion des tubercules, surtout chez les malades qui sont placés dans des milieux tels que les services hospitaliers où la contagion bacillaire est si facile. La dothiéntérie met l'organisme dans un état de *locus minoris resistentiæ* et favorise, surtout chez les prédisposés, l'entrée du bacille de Koch, au même titre que la syphilis, surtout dans ses premières périodes, affaiblit l'organisme tout entier, le rend moins résistant, et de la sorte entr'ouvre souvent une porte aux différentes maladies infectieuses.

Cependant, étant donnée l'extrême rareté des tuberculeux typhisés qui, au moment de la contagion typhique, sont en puissance de tuberculose en voie d'évolution, ou de phtisie déjà avancée, on peut jusqu'à un certain point se conformer à l'ancienne opinion et admettre que la phtisie con-

firmée constitue une sauvegarde contre l'infection par le bacille d'Eberth.

Quant aux tuberculeux porteurs de lésions bacillaires latentes, quelle que soit leur localisation, tumeur blanche ou abcès froid, ceux-là ne semblent pas être à l'abri de l'invasion typhique. Nous dirons plus, et les observations que nous rapportons dans ce travail viennent à l'appui de ce que nous avançons, la fièvre typhoïde peut chez ceux-là réveiller une tuberculose endormie, la pousser vers la généralisation et l'on voit alors les deux maladies évoluer simultanément.

CHAPITRE PREMIER

DE LA FRÉQUENCE DE L'ASSOCIATION TYPHO-TUBERCULEUSE.

La possibilité de l'association typho-tuberculeuse était déjà affirmée depuis longtemps et Mercier, dans sa thèse datant de 1855, écrivait : « Nous avons vu plusieurs fois la phtisie suivre de si près la fièvre typhoïde, qu'elle devenait pour ainsi dire subintrante, mais il y a plus : *Ces deux maladies peuvent exister dès le début, se développer simultanément et parcourir parallèlement toutes leurs périodes, sans préjudice de l'une à l'autre.* »

Nous avons pu à ce sujet recueillir quelques chiffres, montrant qu'en somme cette association est assez rare. Elle varie du reste beaucoup suivant les statistiques qui, il faut bien le dire, n'ont qu'une valeur relative, car elles n'indiquent nullement d'une façon précise quel était l'état anatomique, l'âge et l'étendue des lésions tuberculeuses.

Ainsi Loison et Simonin (*loc. cit.*), d'après les registres d'autopsies de l'hôpital du Belvédère, à Tunis, sur 114 cas de fièvre typhoïde, signalent cinq fois la coexistence de lésions de tuberculose pulmonaire, soit 4,4 pour 100.

Louis trouve une proportion beaucoup plus forte et note quatre fois la tuberculose sur quarante-six autopsies de typhiques.

D'après Griesinger (*loc. cit.*), sur quatre cent-treize autopsies de dothiésentériques, faites en 1856 à l'hôpital de Vienne, on trouva quatre fois seulement des tubercules. En 1857, on n'en découvrit qu'une fois sur cent.

D'autre part, Barthez et Rilliet disent que, sur vingt-huit enfants morts de dothiésentérie, onze présentaient quelques rares tubercules disséminés dans les poumons ou dans les ganglions. Les produits tuberculeux étaient dans ces cas en très faible proportion. Il entraînait à peine quelques granulations crétacées ou quelques nodules scléreux dans le parenchyme pulmonaire, quelques petits noyaux caséeux dans un ganglion ; une ou deux fois seulement les lésions étaient plus étendues.

Enfin nous avons nous-mêmes recherché parmi les autopsies de typhiques faites à l'hôpital civil de Nancy, dans le service de M. le Professeur Bernheim, et sur cinquante-trois cas, nous avons relevé quatre fois la tuberculose pulmonaire, mais toujours des lésions anciennes, des cavernes plus ou moins volumineuses, nombreuses et ayant précédé sans aucun doute l'invasion typhique.

Ces chiffres sont bien différents les uns des autres et ne se prêtent guère à l'établissement d'une moyenne. D'autre part, les lésions varient énormément d'un sujet à l'autre et il est bien difficile de ranger à côté d'un cas dans lequel existe une tuberculose aiguë et généralisée, une observation où l'on mentionne l'existence de deux ou trois nodules crétacés au sommet d'un poumon.

C'est qu'en effet, il faut établir une distinction. Il est des tuberculeux qui ont eu un mal de Pott, par exemple, une coxalgie guérie par ankylose, une suppuration tuberculeuse tarie depuis longtemps et qui contractent la fièvre typhoïde, cela n'a rien d'extraordinaire. Il va sans dire que, chez ceux-là, la fièvre typhoïde se comporte comme chez des gens bien portants. Nous avons vu un cas de ce genre tout récemment dans le service de M. le Professeur Spillmann. Il s'agissait d'une ouvrière en chaussures, couchée au lit n° 2 de la salle XIV, qui avait de nombreuses cicatrices d'abcès froids dans les membres inférieurs et une énorme gibbosité à la région dorsale avec déformation considérable de toute la cage thoracique, conséquences d'un mal de Pott. Elle a contracté une fièvre typhoïde légère dont elle a parfaitement guéri. Nous croyons que chez ces malades la dothiéntérie est aussi fréquente que partout ailleurs.

Il est une autre catégorie de tuberculeux. Nous voulons parler de ces phtisiques avérés en pleine

évolution bacillaire, ou encore à la période de cachexie et de marasme qui annonce une fin prochaine. C'est peut-être chez ceux-ci que les partisans de l'antagonisme trouveraient les plus forts arguments de leur doctrine. En effet, ces malheureux contractent très rarement la dothiéntérie, bien qu'on en trouve cependant quelques cas, ainsi que le prouve notre statistique personnelle. L'observation I de la thèse de Le Covic (1) est encore un des rares exemples de ce genre. Ici le bacille de Koch peut continuer son évolution sans se préoccuper de son voisin, ou bien la fièvre typhoïde peut, comme il ressort de quelques-unes de nos observations (IV, V, VII) donner un coup de fouet à la tuberculose préexistante qui revêt alors une forme aiguë, granulique, et toutes deux évoluent ainsi parallèlement, associant leur virulence et leurs dégâts, dont l'organisme cherche vainement à triompher.

Enfin il faut réserver une place toute particulière aux cas de typhiques avérés, à l'autopsie desquels on trouve des lésions tuberculeuses récentes alors qu'avant l'infection dothiéntérique n'existait aucun signe d'évolution bacillaire. Ces cas constituent, croyons-nous, un groupe d'exception. Ainsi Hoffmann (2) note, sur 250 autop-

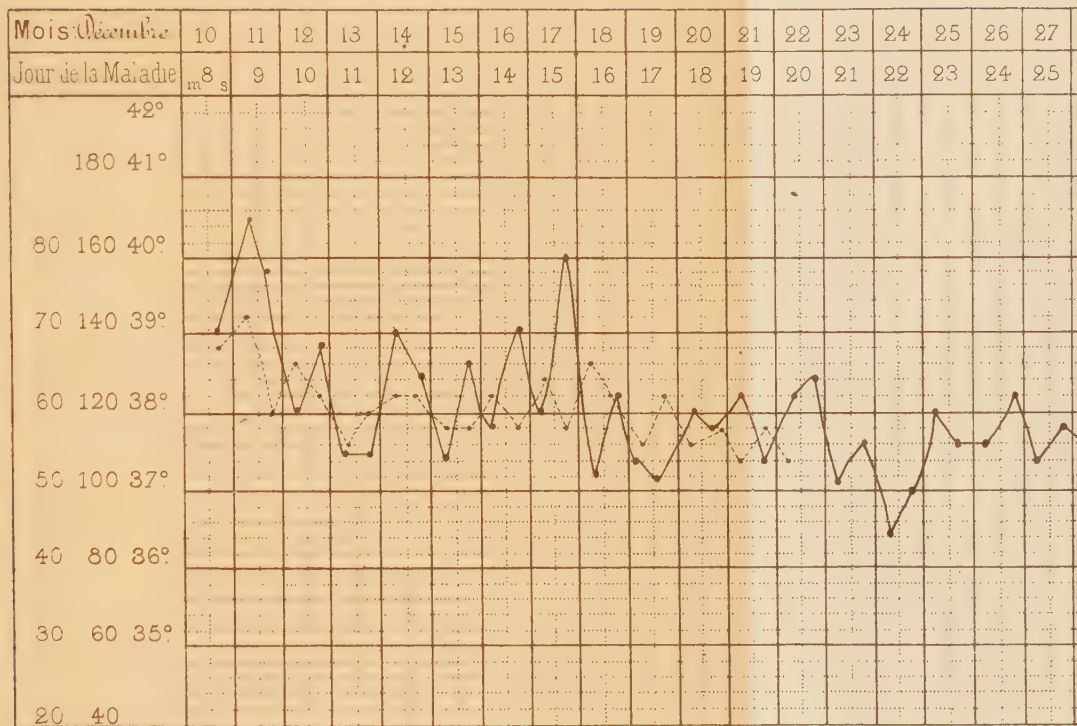
(1) *Etude sur quelques cas de fièvre typhoïde chez des tuberculeux*. Thèse de Paris, 1878, page 20.

(2) Hoffmann, *Untersuchungen über die path. anatom. Veränderungen der organe beim Abdominaltyphus*. Leipzig, 1869.

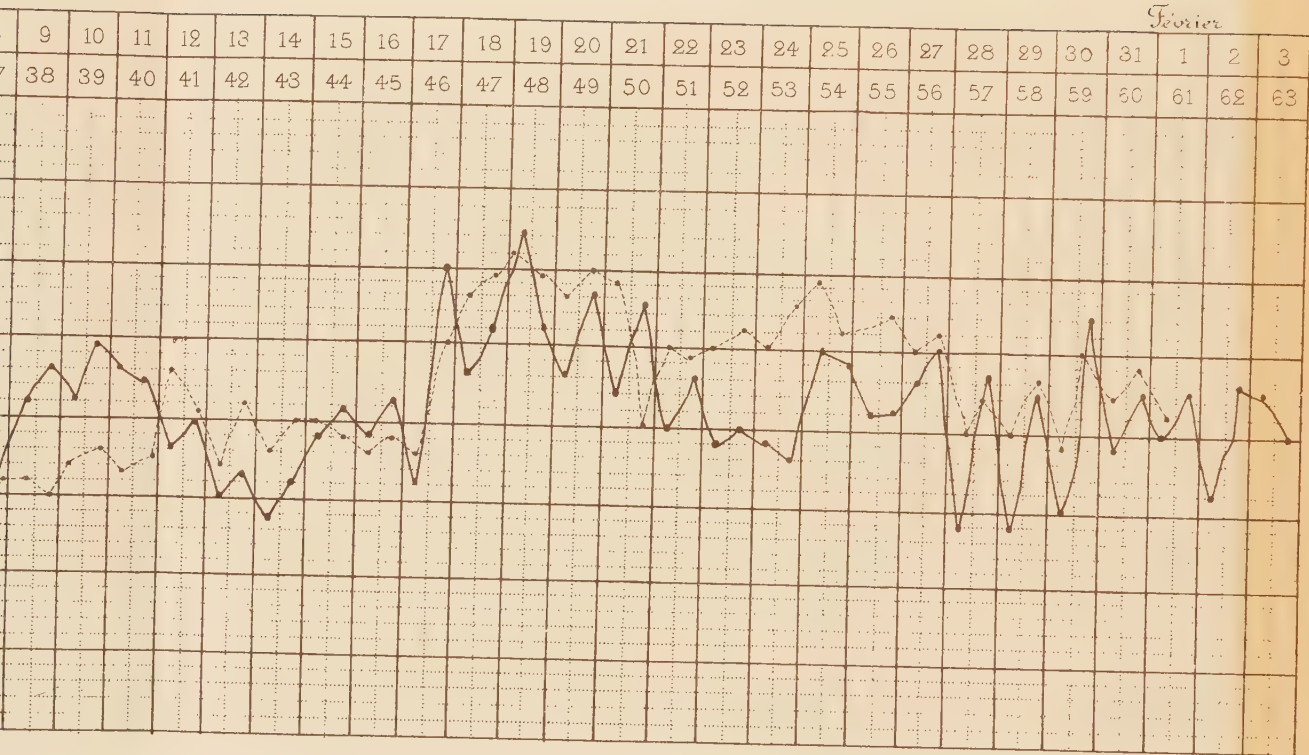
sies de typhiques, quatre cas semblables entre eux dans lesquels se trouvait la combinaison de la tuberculose miliaire aiguë avec la dothiéntérie, soit une proportion de 1.7 pour 100. Cependant Mettenheimer (*loc. cit.*) compte que sur 28 décès de typhiques, 13 fois la mort fut la conséquence d'une bacilliose aiguë, contractée pendant le cours de la fièvre typhoïde, puisque l'auteur affirme catégoriquement que ces malades ne présentaient aucun signe de tuberculose à leur entrée à l'hôpital. Comment expliquer ici cette fréquence d'association éberthienne et bacillaire? Il est fort probable que l'épuisement général de ces malheureux soldats, sortant des champs de batailles de Metz et de Sedan, devait placer leur organisme dans un état très propice au développement de la tuberculose. Les privations de toutes sortes, les fatigues endurées, les émotions morales, le mal du pays, n'ont pas été sans avoir une influence considérable sur la tuberculisation rapide de ces pauvres prisonniers. De plus, ils furent hospitalisés dans un établissement où avaient vraisemblablement séjourné de longue date et où séjournaient peut-être encore des phtisiques. Dans de pareilles conditions de dépression physique et morale, il n'y a pas lieu de s'étonner de voir survenir cette redoutable complication de tuberculose aiguë au cours de la fièvre typhoïde. Du reste, ces circonstances particulières avaient été bien remarquées par Birch-Hirschfeld (*loc. cit.*), qui tout en insistant sur la

rareté de cette association morbide, faisait remarquer que sur huit autopsies de typhiques où il trouvait des tubercules crus dans les poumons, il y avait six prisonniers français placés dans des conditions analogues à celles où se trouvaient ceux de Mettenheimer.

En résumé, les statistiques ne nous permettent pas, étant donnée l'extrême variabilité des chiffres, de dire au juste dans quelle proportion on trouve des tubercules chez les typhiques. Du moins pouvons-nous affirmer, en nous basant sur l'analyse de tous les faits publiés, que la coïncidence de la phtisie et de la dothiéntérie est en clinique une rareté, puisque des praticiens de premier ordre ne sont pas certains de l'avoir observée. Mais ce qui est plus rare encore, ce qui est réellement exceptionnel, c'est l'évolution parallèle des deux maladies. Ainsi n'avons-nous pu en recueillir qu'un nombre très restreint d'observations.



Fevrier



CHAPITRE II

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I

Fièvre typhoïde ataxo-adyynamique ; pendant la convalescence, tuberculose aiguë simulant une rechute de fièvre typhoïde. (Recueillie au service de M. le Professeur agrégé Haushalter.)

Antécédents héréditaires. — Père 49 ans, mère 40 ans, bien portants tous deux ; 5 enfants, dont un mort de fièvre typhoïde, il y a 3 ans.

H. Charles, 4 ans, élevé au sein jusqu'à l'âge de 26 mois ; a toujours été bien portant. A eu la rougeole il y a un an.

La maladie actuelle a débuté le 2 décembre 1894 par de la fièvre, du délire, de la perte de l'appétit ; au bout de quelques jours est survenue une diarrhée légère ; puis l'enfant a cessé de reconnaître les personnes de son entourage.

Entre à l'hôpital le 10 décembre 1894.

Etat à l'entrée. — Enfant assez chétif.

Raideur de la nuque ; agitation nocturne ; ataxo-ady-namie ; l'enfant ne répond pas aux questions.

Langue saburrale ; lèvres sèches ; quelques taches rosées sur l'abdomen ; diarrhée fétide.

Signes de bronchite. Pouls régulier, égal, 140.

Excoriations au sacrum.

Traitement. — Bains, salicylate de bismuth, chloral.

Même état les jours suivants.

15 *décembre.* — Même agitation ; gesticulations dans les membres supérieurs et inférieurs ; tremblements fibrillaires dans les mains ; insomnie ; l'enfant ne reconnaît pas sa mère ; stupeur.

Diarrhée persistante ; râles de bronchite.

Depuis ce matin, sur les parties latérales du tronc, sur la partie inférieure du thorax, érythème diffus, ponctué.

18 *décembre.* — Persistance de la diarrhée, de la bronchite et des symptômes ataxo-adiynamiques.

L'érythème du tronc a disparu au bout de deux jours ; ce matin, érythème ponctué sur le dos du pied et le mollet, des deux côtés.

Erythème symétrique au niveau du tiers inférieur de la partie interne des deux avant-bras et au niveau des coudes.

19 *décembre.* — Amélioration légère ; l'enfant a demandé à boire ; tire la langue quand on le lui commande ; la raideur de la nuque a diminué ; la trémulation persiste dans les membres.

Une seule selle diarrhéique dans la journée. L'érythème a disparu.

Depuis son entrée jusqu'à ce jour, 19 décembre, 17^e jour de la maladie, la température intermittente, irrégulière, a oscillé entre 37° 5 et 40°, le pouls s'est maintenu aux environs de 120.

Durant tout ce temps, on a administré deux bains par jour et une potion au salicylate de bismuth et benzonaph-tol.

21 *décembre*. — La diarrhée a cessé ; l'enfant gémit encore beaucoup, refuse les aliments.

30 *décembre*. — Constipation ; la stupeur persiste en partie ; l'enfant refuse de manger, gémit ; amaigrissement ; quelques abcès sous-cutanés au cuir chevelu.

La température, depuis le 19 décembre, oscille entre 37° et 38° ; le pouls bat aux environs de 100-110.

2 *janvier* 1895. — L'enfant commence à manger.

3 *janvier*. — L'enfant commence à s'asseoir sur son lit ; il essaye de jouer et semble s'intéresser à ce qui se passe autour de lui.

Jusqu'au 8 janvier, la température demeure normale ; l'amaigrissement est considérable ; sur tout le corps, les flancs, le dos en particulier, desquamations lamelleuses des plus nettes.

Entre le 8 et le 11 janvier, la température monte et se maintient entre 38° et 39°, pour redescendre progressivement à la normale, sans que rien de particulier ne soit noté dans l'état général de l'enfant.

Le 15 et le 16, la température est à 38°.

17 *janvier*. — Otite du côté droit ; écoulement purulent ; le soir, 40° ; pouls petit à 140.

18 *janvier*. — T. matin, 38°6 ; T. soir, 38°8.

Le pouls reste petit, dépressible, de plus en plus fréquent, entre 150 et 160 ; potion de caféine, bain.

19 *janvier*. — Diarrhée, délire, agitation. T. matin, 40°4 ; T. soir, 39°2.

Même état du pouls.

Signes de bronchite généralisée en arrière ; à la percussion du sommet droit en avant, son un peu moins clair qu'à gauche ; son obscur aux deux bases.

20, 21 *janvier*. — La température tend à baisser. T. matin, 38°5 ; soir, 39°5.

Le pouls demeure aussi rapide.

La diarrhée persiste.

22 *janvier*. — Défervescence.

23 et 24 *janvier*. — La température oscille entre 37°8 et 38°.

Le pouls demeure toujours aussi rapide, par moment irrégulier.

Les signes de bronchite ont en grande partie disparu ; seuls, persistent aux bases un peu d'obscurité du son à la percussion et des bouffées de râles humides à l'inspiration.

25 *janvier*. — Persistance de la diarrhée ; mêmes symptômes du pouls ; l'écoulement de l'oreille est tari. T. matin, 39° ; T. soir, 38°8.

L'état, les jours suivants, va en s'aggravant ; amaigrissement progressif, extrême ; persistance de la diarrhée, inconscience ; subdélire continu avec agitation nocturne ; la température, à caractères rémittents, subit de fortes oscillations.

La mort survient le 3 février.

Autopsie. — *Abdomen*. — Pas de lésions de péritoine.

Muqueuse intestinale injectée au-dessus de la valvule iléo-cœcale ; à ce niveau, à l'endroit des plaques de Peyer et des follicules clos, l'intestin est épaissi, infiltré ; plus haut, les plaques de Peyer sont apparentes, très disséminées ; pas d'ulcérations.

Foie volumineux ; poids, 615 grammes ; à la surface, quelques tubercules miliaires crus ; à la coupe, aspect jaune, lisse ; quelques tubercules miliaires disséminés dans la substance hépatique.

Rate assez dure ; périsplénite légère ; poids, 110 grammes ; pas de tubercules apparents.

Ganglions mésentériques développés.

Au devant de l'aorte, un ganglion volumineux de la grosseur de deux olives juxtaposées, avec quelques granulations tuberculeuses à la surface.

Reins : poids (chacun), 75 grammes ; substance corticale pâle, un peu piquetée et quelques tubercules miliaires.

Thorax. — Cœur : muscle pâle, friable.

Au hile du poumon, autour des bronches, grosses masses de ganglions à centre caséeux.

Emphysème des parties antérieures et supérieures des deux poumons ; congestion des deux bases.

Poumon droit, à la coupe, à la partie postérieure du lobe supérieur, masse de tubercules confluent, du volume d'une noix, en voie de transformation caséuse ; à la base, pus dans les petites bronches, carnisation ; quelques noyaux de broncho-pneumonie vulgaire.

Poumon gauche, à la coupe, tubercules miliaires disséminés dans tout le poumon ; induration brune du tissu pulmonaire à la base en arrière ; dans ce tissu rappelant la broncho-pneumonie chronique, quelques vacuoles grosses comme des lentilles, remplies de pus et tapissées par une surface lisse.

Rien dans les méninges.

Le bacille de Koch est décelé dans les lésions tuberculeuses ; un cobaye, inoculé dans le péritoine avec des produits tuberculeux, meurt de granulie au bout de 11 jours, délai très court qui permet de supposer une virulence très active de la tuberculose inoculée.

Interprétation. — Nous ne pouvons mieux faire que de répéter ici les paroles de M. le professeur agrégé Haushalter dans la *Revue médicale de l'Est* (*loc. cit.*), au sujet de ces deux observations.

« Dans cette observation, nous voyons pendant une première phase d'une durée de trois semaines environ, se dérouler les symptômes classiques d'une fièvre typhoïde, qui prend la forme ataxo-adynamique. Le diagnostic de la fièvre typhoïde s'imposait; et si l'idée d'une tuberculose aiguë à forme typhoïde nous était venue à l'esprit (cette hypothèse n'avait aucune raison de se poser), le début brusque de la maladie, la présence des taches rosées, l'apparition précoce de la diarrhée, les phénomènes nerveux, la dissociation du pouls et de la température eussent suffi à l'écarter. Le tracé thermique présentait d'assez fortes oscillations; mais l'on sait combien il est rare, dans la fièvre typhoïde des enfants, de voir la température se maintenir au plateau schématique, et combien fréquente, au contraire, est la forme rémittente de la fièvre. Fait intéressant à noter: vers le treizième jour de la maladie, apparut une de ces éruptions anormales signalées quelquefois au cours de la dothiéntérie, surtout chez les enfants (1); après s'être montrée sous forme d'un érythème diffus ponctué sur les parties latérales du tronc et sur les fesses, elle disparut au bout de deux jours pour se localiser symétriquement pendant un jour au niveau du tiers inférieur de la partie in-

(1) G. Calton. *Contributions à l'étude d'un érythème symptomatique d'une infections secondair en particulier au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant*. Thèse, Paris 1893.

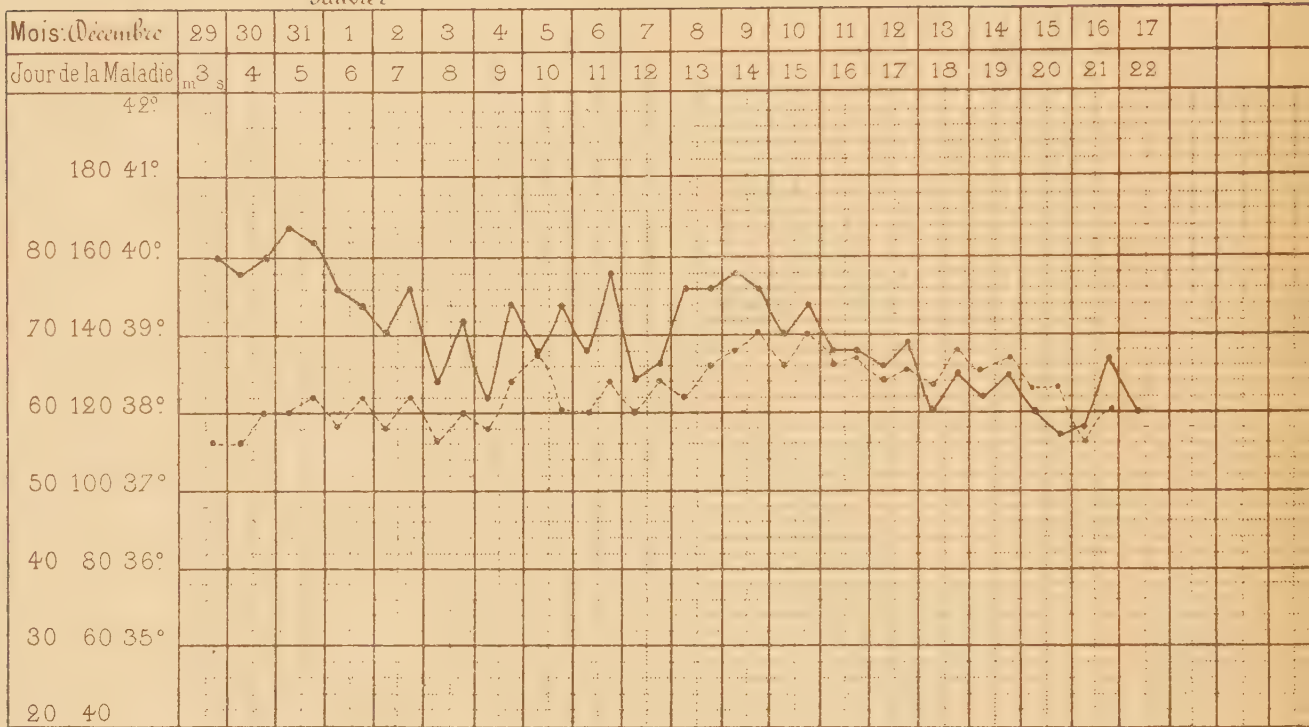
terne des deux avant-bras, au niveau du coude, des mollets et des cous-de-pied ; comme la plupart de ces éruptions accessoires survenues au cours des maladies spécifiques, cet érythème doit être attribué à une septicémie secondaire, probablement streptococcique ou staphylococcique, dont l'origine fut peut-être les lésions de broncho-pneumonie vulgaire, dont l'autopsie révéla plus tard les traces anciennes.

Puis commença la convalescence qui s'installa laborieusement ; la desquamation (1) si habituelle au cours et à la fin de la fièvre typhoïde chez les enfants, se fit sous forme lamelleuse ; une otite se développa ; des abcès se formèrent ; la température après avoir oscillé pendant huit jours aux environs de 38°, arriva à la normale où elle se maintint pendant sept jours. Cette période apyretique montre bien que la tuberculose aiguë découverte à l'autopsie n'avait pas encore commencé à évoluer à cette période. Apparaît alors une poussée fébrile de quelques jours, qui semble s'expliquer par l'otite suppurée, les abcès ; puis, de nouveau, deux jours d'apyrexie. Mais bientôt, avant que l'enfant n'ait commencé à s'alimenter, à se lever, avant que l'intelligence ne soit revenue à l'état antérieur, alors que le petit convalescent était encore dans cet état d'amaigrissement, d'asthénie,

(1) Weill. *Desquamation dans la fièvre typhoïde chez les enfants*. Congrès français de médecine. Lyon, 1894, page 373.

si habituel à la suite de la fièvre typhoïde grave, la fièvre, la diarrhée, le délire, l'agitation, tout le cortège des symptômes nerveux précédemment observés réapparaissent ; on trouve dans les deux bases des poumons les signes d'une congestion et d'une bronchite assez intenses. La température, après s'être maintenue en plateau entre 39° et 40° pendant 5, 6 jours, subit de grandes oscillations. Le tracé thermique, les symptômes sont bien ceux d'une rechute de fièvre typhoïde ; cependant, le pouls présente une vitesse remarquable ; les taches rosées ne se montrent pas. La rechute serait néanmoins l'hypothèse la seule plausible si le frère du petit malade ne venait de succomber à une infection typhique et bacillaire combinée ; nous songeons à une poussée tuberculeuse peut-être associée à la rechute typhique, ne trouvant d'ailleurs aucun argument suffisant pour appuyer cette opinion. L'autopsie nous démontre qu'il s'agissait non pas d'une rechute de fièvre typhoïde, mais bien d'une tuberculose aiguë, mêlée à des complications pulmonaires banales. L'intestin n'offrait pas les lésions de la dothiéntérie en évolution, pas plus qu'il ne présentait du reste les lésions tuberculeuses ; par contre, nous trouvons dans le foie et les reins quelques tubercules miliaires ; dans le poumon droit une masse de tubercules agglomérés et dans le poumon gauche une infiltration diffuse de tubercules miliaires. Dans les deux poumons existent, en même temps que

Janvier



les signes d'une broncho-pneumonie récente, les résidus d'une broncho-pneumonie en voie de passer à l'état chronique, carnisation des bases et vacuoles dues vraisemblablement à des bronches dilatées, vestiges des complications pulmonaires contemporaines à la première phase de la maladie.

Pour nous résumer, nous retracerons en ces termes les principales phases de cette histoire clinique : fièvre typhoïde ataxo-adanymique, convalescence, apyrexie de quelques jours, puis une évolution tuberculeuse aiguë simulant une rechute de l'infection typhique. Pour cette poussée tuberculeuse, des ganglions caséeux anciens fournirent le germe ; les lésions de la broncho-pneumonie vulgaire, développée au cours de la fièvre typhoïde et non complètement réparées, préparèrent le terrain pour la germination bacillaire ».

OBSERVATION II

Fièvre typhoïde grave à forme cardiaque ; hémorrhagie intestinale ; collapsus ; association de tuberculose aiguë découverte à l'autopsie. (Service de M. Haushalter).

H... Gaston, 7 ans, frère du précédent. Nourri au sein. Gibbosité (cyphose dorsale augulaire) depuis l'âge de 3 ans.

D'ailleurs, ordinairement bien portant.

Le 25 décembre 1894, début de la maladie actuelle par une céphalalgie vive, de l'inappétence, une fièvre violente, puis de la diarrhée.

Entre à l'hôpital le 29 décembre.

Etat actuel à l'entrée. — Enfant pâle, amaigri ; gibbosité dorsale par mal de Pott ancien ; poitrine de polichinelle ; respiration costale inférieure, diaphragmatique.

Langue très blanche ; selles diarrhéiques abondantes, fréquentes ; vomissements.

Sonorité partout dans le thorax, sauf aux bases en arrière, surtout à gauche ; à gauche bouffées de râles sous-crépitanants depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base, avec une respiration diminuée.

Bruits du cœur normaux ; pouls régulier, égal à 110.

Température : 40°.

30 décembre. — T. matin, 39°8 ; T. soir, 40° ; Pouls : 120.

La diarrhée augmente ; à la base gauche, le son est plus obscur ; bouffées de râles sous-crépitanants fins.

31 décembre. — T. matin, 40°4 ; T. soir, 40°2.

Le pouls est petit.

L'enfant, en orthopnée, est blême, un peu cyanosé.

Caféine, benzonaptol, salicylate de bismuth, stimulants, etc.

2 janvier. — Délire, mêmes symptômes pulmonaires ; diarrhée persistante.

3 janvier. — Taches rosées sur l'abdomen ; la diarrhée diminue un peu.

4 janvier. — Dyspnée ; pâleur, cyanose ; pouls petit, filiforme. La température à forme rémittente oscille entre 38°5 et 39°5 entre le 1^{er} janvier et le 7.

7 janvier. — Hémorrhagie intestinale ; l'enfant rend 3/4 de litre de sang pur.

Pâleur considérable ; délire persistant ; pouls petit, filiforme ; dyspnée. T. matin, 38°4 ; T. soir, 38°4.

Injectons sous-cutanées d'ergotine.

Les jours suivants, les mêmes symptômes persistent ; mais l'hémorrhagie ne se reproduit pas ; diarrhée modérée.

Jusqu'au 11 janvier, la température oscille entre 39° et 39°8 ; puis elle descend pour demeurer entre 38 et 38°8, jusqu'au moment de la mort ; le pouls toujours petit, filiforme, bat aux environs de 130 ; aux bases en arrière, obscurité du son ; râles sous-crépitants ; la pâleur, la cyanose, la dyspnée, la torpeur augmentent. Mort le 17 janvier.

Autopsie. — *Abdomen.* — Pas de lésions du péritoine.

Dans l'intestin grêle, au-dessus de la valvule iléo-cœcale, trois ulcérations allongées à fond détergé, blanchâtre, de huit millimètres de long.

A 20 centimètres au-dessus de la valvule, une autre ulcération du même genre. Plus haut, injection de l'intestin. Quelques follicules saillants ; trois plaques de Peyer gaufrées, saillantes, congestionnées au-dessus de la valvule.

Foie, aspect normal ; poids : 870 grammes.

Rate, volumineuse, peu friable ; poids : 65 grammes.

Reins, pâles ; substance corticale décolorée ; poids de chaque rein : 85 grammes.

Thorax. — Cœur droit, parois légèrement hypertrophiées, pâles. Cœur gauche pâle.

Poumon droit ; emphysème de la partie antéro-supérieure ; à la surface, quelques tubercules miliaires. A la partie supérieure du lobe moyen, la plèvre épaissie présente un aspect fibreux cicatriciel ; sous la plèvre, à ce niveau, le tissu pulmonaire est affaissé, grisâtre, sillonné sur une hauteur de 1 cm. 1½, par des tractus fibreux ;

dans ce tissu, quelques nodosités dures, fibreuses, rappelant l'aspect de tubercules de guérison.

Dans le lobe inférieur, infiltration du tissu pulmonaire par des granulations tuberculeuses grises, confluentes par places et agglomérées en ilots.

Poumon gauche ; emphysème du sommet ; carnisation de la base ; à la section, les petites bronches dures, béantes, sont bourrées de pus ; pas de tubercules.

Au niveau de la gibbosité vertébrale, le corps de la vertèbre affaissée est friable et se laisse attaquer par le couteau ; à la section, on y trouve de la matière caséuse concrète ; cet état de friabilité est plus grand à droite qu'à gauche, c'est-à-dire dans le voisinage immédiat de la partie supérieure du lobe moyen du poumon droit fibreux.

Le bacille de Koch est décelé en grande quantité dans les lésions tuberculeuses ; un cobaye inoculé dans le péritoine avec un fragment de tissu tuberculeux, meurt de granulie au bout de 7 jours.

Desensemencements faits avec le tissu splénique à l'autopsie du petit malade, donnent des cultures offrant les caractères du coli-bacille sur les milieux habituels.

Interprétation. — « Le petit malade, sujet de cette observation, fut pris de fièvre typhoïde trois semaines environ après son frère. Les symptômes qu'il présenta se rapportèrent à une fièvre typhoïde classique ; là encore, nous voyons, après le début habituel, survenir la diarrhée, les taches rosées, les phénomènes nerveux accoutumés ; à la gibbosité, suite d'un mal de Pott ancien, nous attribuons les phénomènes cardio-pulmonaires observés, qui donnent à la maladie quelques-uns des caractères de la forme cardiaque, signes d'hypo-

stase aux bases, pouls rapide et dépressible, légère tendance à la cyanose et à la syncope. Au 12^e jour de l'affection survient une abondante hémorrhagie intestinale ; la tendance au collapsus s'accroît, et la mort survient subitement au 20^e jour, conséquence de la dégénérescence myocardique, de l'entrave à la circulation pulmonaire apportée par la déformation thoracique, et de la perte sanguine. C'est là une histoire banale de fièvre typhoïde grave ; et bien que l'enfant fût porteur d'une déformation vertébrale, trace d'un mal de Pott, rien ne nous autorisait à supposer que cette fièvre typhoïde put être combinée à la tuberculose aiguë que nous démontra l'autopsie.

L'autopsie nous fit voir en leur siège classique des ulcérations typhiques détergées, et nulle trace de tuberculose intestinale. Dans le poumon gauche, nous trouvons simplement les signes de la carnisation vulgaire ; le poumon droit, dans son lobe inférieur, est infiltré de tubercules gris conglomérés, à l'état cru ; à la partie interne du lobe moyen, un noyau de tissu pulmonaire sec, dur, grisâtre, renfermant quelques tubercules fibreux, est recouvert par une plèvre épaissie d'aspect cicatriciel, en contact elle-même avec la partie la plus altérée du corps vertébral ramolli. Quelle que soit l'origine de cette tuberculose ancienne du lobe moyen, que, par propagation, elle ait été la cause ou la conséquence de la tuberculisation de la vertèbre, il n'en est pas moins certain que la tuber-

culose aiguë localisée exclusivement dans le poumon droit a été provoquée par le réveil à la virulence du foyer ancien, en voie de guérison ; nul doute que cette tuberculose aiguë ne fût de date toute récente, contemporaine à l'évolution typhique, l'enfant, avant l'éclosion de la fièvre typhoïde, dont le début fut brusque, n'ayant présenté aucun symptôme d'une affection aiguë.

Rien ne permet de juger à quel moment de la fièvre typhoïde il faut faire remonter le début de la poussée bacillaire ; et nous ne voyons rien non plus dans la symptomatologie de cette fièvre typhoïde qui ait pu faire germer l'idée d'une association combinée de tuberculose. »

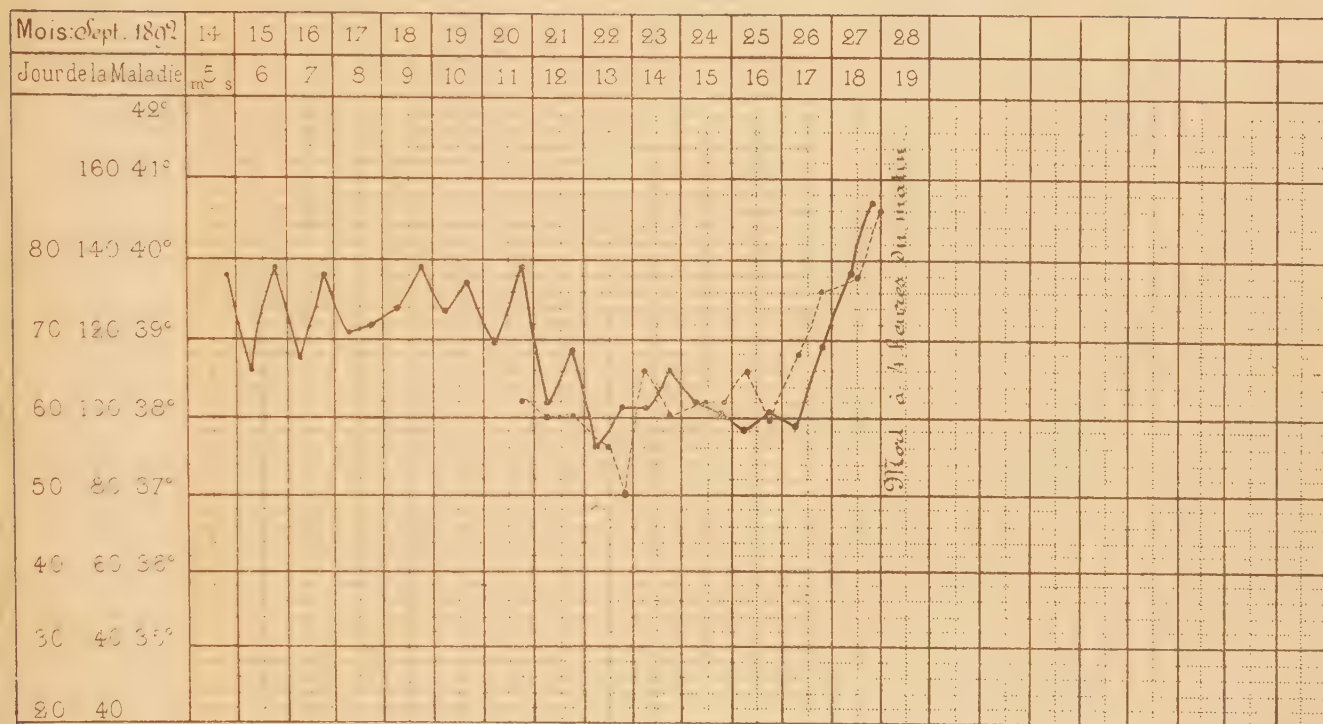
OBSERVATION III.

Un cas de fièvre typhoïde et de tuberculose aiguë combinées, par Sarda et Villard. (Revue de médecine, page 853, 1893). Résumée.

Le nommé B.... Pierre, trente ans, cordonnier à Bordeaux, actuellement soldat réserviste au 2^e génie, entre le 14 septembre 1892, à l'Hôtel-Dieu de Montpellier, service du Professeur agrégé Sarda.

Aucun antécédent personnel ; père mort à 42 ans d'une affection pulmonaire aiguë qui a duré huit jours et qui paraît avoir été une pneumonie. Mère bien portante.

A commencé à se sentir fatigué dans les premiers jours



de septembre. A cette époque il eut de la céphalalgie, de la diarrhée et une anorexie presque absolue. Peu à peu les symptômes s'aggravent ; fatigue générale de plus en plus accusée, brisement des membres qui nécessitent son envoi à l'hôpital avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire. Le soir de l'entrée, T. 39°8.

Le 15 septembre, à la visite du matin, le malade est amaigri, abattu ; mais il répond très bien aux questions qu'on lui pose ; la langue est sale, large, rouge sur les bords et à la pointe. Douleur et gargouillement dans la fosse iliaque droite, diarrhée assez abondante. On examine avec soin l'appareil respiratoire et à l'inspection du thorax on trouve les creux sous et sus-claviculaires très prononcés ; rien de net à la percussion et à la palpation. A l'auscultation, râles de bronchite, plus marqués au sommet, surtout à droite. T. 38°6 le matin et 39°9 le soir.

Le 17 septembre, nuit mauvaise, insomnie légère, rêvasseries ; l'adynamie se prononce. Les taches rosées apparaissent. Râles sibilants persistant toujours, surtout au sommet droit.

Le 19, la faiblesse, l'adynamie augmentent ; le malade dans le décubitus dorsal est dans la résolution. La diarrhée persiste toujours, les taches rosées sont nombreuses. T. 39°4 le matin et 39°7 le soir.

Le 20, nuit assez bonne ; le malade a des vertiges quand il s'assied sur son lit. Pouls petit, irrégulier. Les râles de bronchite se généralisent, toujours plus prononcés au sommet droit. On donne du naphthol et 1 gramme de caféine.

Le 21, le malade a mal dormi, il est abattu, hébété. Langue noire, sèche, diarrhée aggravée. A la percussion, on trouve un peu de matité au sommet en arrière et à droite. A l'auscultation, toujours râles de bronchite généralisée, surtout au sommet droit et de plus, en ce point,

la respiration est saccadée ; raie méningitique. On ordonne 1 gramme de caféine, 1 gramme d'ergotine et des ventouses. Le soir, abattement et dyspnée, 40 inspirations à la minute. Pouls à 100. T. 38°2 le matin et 38°9 le soir.

Le 23, délire professionnel, tranquille, pendant la nuit qui a été mauvaise ; bronchite généralisée, matité au sommet droit en arrière. Même médication. On place de la glace sur la tête.

Le 24, nuit calme, malgré l'insomnie et le délire. A sept heures du soir, le malade est très mal, et semble à l'agonie ; le pouls est à 124, très petit, la respiration est excessivement pénible. On lui fait une injection de 0 gr. 50 centigrammes de caféine et on lui fait prendre une potion alcoolique avec 10 grammes d'acétate d'ammoniaque et XXX gouttes de liqueur d'Hoffmann. Légère amélioration à neuf heures.

Le 25, délire agité dans la nuit, suivi de résolution. De six heures à sept heures un quart du soir, a eu des mouvements désordonnés de tous les membres, pas plus prononcés d'un côté que de l'autre ; il fallait plusieurs personnes pour le maintenir dans son lit. Respiration très peu ample. Vomissements. A une heure de l'après-midi, nouvelle crise semblable à celle du matin durant une demi-heure. On ordonne des frictions à l'huile de croton sur la tête, préalablement rasée. A sept heures, nouvelles crises, présentant les caractères de l'attaque épileptique, avec convulsions toniques d'abord, cloniques ensuite, respiration stertoreuse, face bleuâtre. T., 37°9 le matin et 38°1 le soir.

Le 26, nouvelle crise à sept heures du matin, assez courte. La respiration est très précipitée, puis, petit à petit, elle diminue d'intensité et de rudesse. Dans la journée, trois nouvelles crises encore. Le soir, le malade est abattu, les selles sont involontaires, la face est en

sueur, la raie méningitique existe toujours, pas de contractures. Il y a quarante inspirations par minute. Pouls à 112 le matin, à 132 le soir, petit, mou, dépressible, mais régulier. T., 37°9 le matin et 38°9 le soir.

Enfin, le 27 septembre, la nuit a été très mauvaise, le malade a eu encore plusieurs crises légères. Prostration très prononcée ; lèvres sèches ; langue fuligineuse, très sale, noirâtre, rotie. Le malade tousse un peu ; matité en arrière et à droite dans toute l'étendue du poumon ; on entend des râles sibilants et des sous-crépitants. Pouls à 136 le matin, à 152 le soir. T., 39°8 le matin et 40°5 le soir.

Dyspnée progressive dans la nuit et mort à quatre heures du matin sans nouvelles crises convulsives.

Autopsie. — *Cavité abdominale.* — Semis de granulations tuberculeuses sur l'épiploon et le péritoine, surtout à droite et particulièrement sur les points qui répondent aux plaques de Peyer. L'intestin grêle étant ouvert, on voit, sur une longueur d'un mètre à partir de la valvule, une série d'ulcères de diverses dimensions, quelquefois confluent, à fond plat, à bords peu épais, quelquefois décollés ou déjà en voie de réparation. Nul vestige de tubercules.

Plus loin, on voit cependant, au niveau des plaques de Peyer, quelques granulations grises. La rate pèse 210 grammes, augmentée de volume, lisse, ferme, rouge sombre. Pas de tubercules, pas plus que dans le foie ni dans les reins. Ganglions mésentériques volumineux.

Cavité thoracique. — Les granulations tuberculeuses sont limitées au poumon droit, où elles sont agglomérées et entourées de carnification. Ce poumon présente en outre une adhérence large comme le creux de la main, rougeâtre, facile à déchirer, parsemée de tubercules crus. Quelques granulations éparses dans la zone splénisée du lobe inférieur.

Le cœur présente une symphise complète : pas de tubercules apparents.

Cavité crânienne. — Les méninges de la convexité et de la base sont un peu épaissies et louches, mais on n'y distingue aucune granulation tuberculeuse. En soulevant le bord supérieur du cervelet, sur le contour du plancher du quatrième ventricule, on voit un bourrelet de pie-mère infiltrée de granulations tuberculeuses. La portion avoisinante du cervelet est manifestement ramollie, mais ne renferme pas de tubercules.

Examen histologique. — Des ponctions faites dans la rate ont servi à ensemercer des tubes de gélose ; les caractères des cultures obtenues ont permis de reconnaître le bacille d'Eberth. Quant aux lésions tuberculeuses, elles parurent si évidentes, que le professeur Kiener qui pratiqua cette autopsie, jugea inutile d'avoir recours à l'examen microscopique.

Interprétation. — A la vérité, cette observation réunit au point de vue de la vérification toutes les garanties désirables. Il s'agit en somme d'une tuberculose aiguë évidente, d'après les localisations pulmonaires, intestinales, péritonéales et méningées ; d'autre part, si les lésions macroscopiques des plaques de Peyer, des ganglions mésentériques et de la rate ne suffisaient pas absolument pour affirmer une fièvre typhoïde, le microscope est venu juger en dernier ressort et assurer la conviction.

Durant les premiers jours de la maladie, l'hésitation était permise et l'on pouvait se demander si l'on avait affaire à une tuberculose aiguë ou à

une fièvre typhoïde. L'apparition de taches rosées le 17 septembre devait faire pencher vers cette dernière. Les phénomènes généraux, les symptômes gastro-intestinaux, l'aspect de la langue, la diarrhée plaidaient avec la plus grande évidence en faveur de la dothiéntérie. On ne pouvait guère songer qu'à cela jusqu'au 25 septembre. Cependant le tracé thermique n'était pas tout à fait celui de la fièvre typhoïde normale de l'adulte ; ce n'était pas le plateau classique régulier ; on observait de légères rémissions matinales ; la température n'arrivait pas au-dessus de 40° ; mais il faut bien le reconnaître, la courbe thermique peut être très variable dans la fièvre typhoïde, et le plateau décrit par M. Dieulafoy, comme élément de diagnostic différentiel, comporte bien des exceptions. Les caractères du pouls, oscillant en 100 et 110, concouraient à la même confirmation.

Mais voici que le 25 septembre au matin, le malade en proie à un délire très fort, est pris de mouvements désordonnés de tous les membres qui nécessitent la présence de plusieurs personnes pour le maintenir dans son lit. Ces crises convulsives se répètent le même jour et les suivants. Ces manifestations sortaient du cadre classique de la fièvre typhoïde ; il fallait invoquer une nouvelle maladie ou une complication due à l'envahissement des méninges par le bacille d'Eberth. La brusque apparition de symptômes nerveux aussi accentués, cette courbe thermique graduellement ascendante

et présentant un rapport intime avec la fréquence du pouls étaient bien faites pour éveiller l'idée d'une méningite typhique, car, soit dit en passant, la méningite tuberculeuse a d'habitude un début plus lent et plus insidieux et on y constate des rémissions de la température. Mais la méningite typhique est très rare, et d'autre part les symptômes pulmonaires qu'on avait pris tout d'abord pour de la bronchite vulgaire accompagnée de congestion des bases, si fréquente en pareilles circonstances, devaient faire songer, en raison de leur localisation persistante au sommet droit, à autre chose, et l'idée d'une tuberculose aiguë, avec généralisation du côté des méninges, concomitante à la fièvre typhoïde, germa dans l'esprit du médecin. L'idée d'une méningite, dont la nature tuberculeuse ne parut pas douteuse, s'affirma de plus en plus. Fallait-il rejeter alors le diagnostic de dothiésentérie et mettre sur le compte d'une granulie les symptômes du début de la maladie? Sarda et Villard ne pensèrent pas devoir abandonner cette idée et crurent pouvoir affirmer qu'il s'agissait bien d'une association des deux bacilles. L'autopsie confirma leur manière de voir.

OBSERVATION IV

Fièvre typhoïde et tuberculose miliaire aiguë combinées. Mort par péritonite au 6^e jour de l'entrée à

l'hôpital. (Clinique des associations microbiennes du Professeur Kalendero à Bukarest. Wiener médical Presse, 1894, page 405.)

Femme de 25 ans, lit n° 3 de la salle 6. Entre à l'hôpital le 4 novembre avec une température de 39° à 40°.

Aurait eu de la fièvre pendant plusieurs semaines auparavant. La sensibilité aurait été particulièrement atteinte à cette époque. Pour combattre la fièvre, on aurait prescrit de la quinine.

Son état aurait empiré depuis quatre ou cinq jours. Puis les bourdonnements d'oreille et les altérations de la sensibilité auraient disparu.

Etat actuel. — Le visage de la malade est très rouge, ce qui contraste avec la pâleur et l'amaigrissement du reste du tégument externe. Les lèvres sont sèches, la langue humide, couverte d'un enduit blanchâtre.

Sur l'abdomen, on constate des vergetures, indices d'une grossesse antérieure. Sur la partie antérieure du thorax et sur la paroi abdominale, quelques taches rosées lenticulaires s'effaçant à la pression. Le ventre est souple, pas ballonné. Il existe de la constipation, une inappétence absolue, une soif intense.

La rate est un peu hypertrophiée sans dépasser le rebord des côtes. Le foie est normal.

La percussion du thorax révèle à gauche, en arrière et en haut une diminution de l'élasticité. A droite en arrière et vers le milieu du thorax, légère diminution du son normal par comparaison avec le côté gauche. Des deux côtés, aussi bien en avant qu'en arrière, des ronchus et des sibilances qui se perçoivent surtout aux sommets. A droite, en haut et en arrière, frottements pleuraux. Au sommet du poumon gauche, augmentation des vibrations vocales.

La malade tousse. L'expectoration est muco-purulente, un peu aérée. Le 7 et le 8 novembre, apparition de stries de sang dans les crachats.

Quelques traces d'albumine dans les urines.

Adynamie, délire léger, bruyant pendant la nuit.

Température oscillant entre 40° et 40° 2 le matin, 39° et 39° 4 le soir.

Le 9 novembre, au soir, la malade éprouve dans la partie inférieure de l'abdomen une violente douleur. Il survient du ballonnement du ventre. La malade perd connaissance et meurt dans la nuit du 10 novembre avec les symptômes d'une péritonite suraiguë.

Autopsie. — L'autopsie pratiquée par le Professeur Babès, donne les résultats suivants : Ulcérations d'origine typhique ; follicules clos enflammés, jaunâtres, caséeux tuberculisés. Petites ecchymoses au niveau des plaques de Peyer.

Hémorragies diffuses dans la rate et le lobe inférieur du poumon gauche, atteint le dernier et parsemé de granulations grises. La plèvre du poumon droit présente partout des adhérences. Le lobe inférieur est hypérémié.

Salpingite à droite avec adhérence épiploïque ; corps jaune ; inflammation de la trompe et début de péritonite à gauche.

Examen histologique et bactériologique. — Au sommet gauche, granulations tuberculeuses péri-bronchiques, isolées, au centre desquelles on trouve des tubercules caséifiés, entourés d'une prolifération inflammatoire, et des cellules géantes.

La trompe est le siège d'une inflammation chronique avec des éléments embryonnaires et fibrino-plastiques, mais qui cependant ne présentent aucun caractère spécifique.

Dans l'intestin, se trouvent auprès de follicules nor-

maux, des follicules isolés, caséeux, tuberculisés au centre.

Outre le bacille de la tuberculose que l'on rencontre dans les poumons et dans l'intestin, on trouve dans la rate une sorte de coli-bacille, qui sur la glycérine-agar, donne des colonies arrondies, blanchâtres, confluentes, transparentes, se découpant sur le fond comme des bacilles sans enveloppes. Ils sont un peu épais comme les bacilles typhiques. Le bacille d'Eberth peut être décelé en culture pure dans les ganglions mésentériques.

Interprétation. — Cette observation a trait à une malade qui entre dans un hôpital de Bukarest avec une température de 39° à 40°. Bourdonnements d'oreilles, taches rosées, gargouillement dans la fosse iliaque, inappétence, soif intense, légère augmentation de volume de la rate, adynamie, délire et température élevée, tels sont autant de symptômes permettant d'établir fermement le diagnostic de fièvre typhoïde.

Puis un examen plus approfondi pratiqué par le Professeur Kalendero modifia complètement cette manière de voir. Tout d'abord quelques particularités, parmi les symptômes, attirèrent l'attention. Le visage de la malade était trop animé et il ne présentait pas l'abattement propre aux typhiques. De plus, l'intensité des symptômes thoraciques constatés aux sommets des poumons, la diminution de l'élasticité du sommet gauche en arrière à la percussion, l'obscurité du son normal à droite vers le milieu du poumon, les ronchus et les sibilances entendus à l'auscultation dans toute

l'étendue de la poitrine avec prédominance aux sommets, l'augmentation des vibrations vocales au sommet gauche, la toux et l'expectoration, firent songer le médecin à une autre affection. On crut devoir rechercher dans les crachats les bacilles de la tuberculose. La découverte de ces derniers ne laissa plus subsister aucun doute. Selon le Professeur Kalendero, il s'agissait bien d'une tuberculose miliaire aiguë à forme typhoïde. La marche de la maladie vint du reste confirmer ce diagnostic. La température oscilla le matin entre 40° et 40°2, le soir entre 39° et 39°4. Les deux derniers jours, des stries de sang apparaissent dans l'expectoration, quand brusquement la malade est enlevée par une péritonite suraiguë.

L'autopsie et l'examen bactériologique révélèrent en effet l'existence d'une tuberculose miliaire aiguë, mais ils montrèrent qu'il y avait autre chose; en effet, à côté des lésions tuberculeuses, on trouvait des ulcérations typhiques caractéristiques, et les cultures faites avec les ganglions mésentériques décelèrent la présence incontestable du bacille d'Eberth.

Voilà donc une malade au sujet de laquelle on porta successivement les diagnostics de fièvre typhoïde et de tuberculose aiguë, diagnostics reposant sur un ensemble de symptômes bien étudiés et bien approfondis. Mais on ne songea même pas pendant la vie à une association possible des deux maladies et après avoir éliminé la fièvre ty-

phoïde, on acquit la certitude qu'il s'agissait seulement d'une tuberculose miliaire aiguë. Il a fallu le couteau et le microscope pour découvrir la coexistence des deux affections.

OBSERVATION V

Fièvre typhoïde à forme adynamique. Broncho-pneumonie tuberculeuse double concomitante à marche rapide. Mort au 23^e jour. (Archives de médecine et de pharmacie militaires, 1893, Tome XXII, page 289. Loison et Simonin). Résumée.

Guill... Gaspard, cavalier au 4^e chasseurs d'Afrique, entre à l'hôpital du Belvédère, au quatrième jour d'une fièvre typhoïde. Un mois auparavant, il avait fait un séjour dans le même établissement, pour une poussée fébrile de nature mal déterminée, qualifiée de paludéenne. On constate les signes habituels de la fièvre typhoïde : T. 40°. Pouls 120. Langue sèche, rouge sur les bords, etc.

Le sixième jour, toux très fréquente ; crachats abondants muco-purulents ; râles de congestion à la base droite, râles sonores disséminés dans toute la poitrine.

Le neuvième jour, T. vespérale, 40°5 ; Pouls, 140. Taches rosées. Râles fins dans les deux bases.

Le quatorzième jour, stupeur considérable ; Pouls, 120 ; 12 selles liquides. Face cyanosée ; râles sous-crépitaux fins dans les deux bases, plus accusés à droite. Crachats sanguinolents. T., 39°7.

Du quinzième au vingtième jour, grandes oscillations thermiques. Diarrhée persistante. Pouls régulier, dicrote,

à 130. Congestion des bases plus marquée. Râles crépitants et sous-crépitaux. Pas de souffle ni de matité. Crachats abondants spumeux et striés de sang.

Le vingt-et-unième jour, pouls 37°5 ; 60 respirations par minute ; submatité sous la clavicule gauche. Râles fins disséminés dans toute la hauteur des poumons en arrière. Nombreux bacilles de Koch dans les crachats.

Le vingt-deuxième jour, T. 37°2. Submatité sous la clavicule gauche, respiration rude sous la clavicule droite. En arrière, dans toute la hauteur des poumons, râles de différents volumes, secs et humides, disséminés.

Le vingt-troisième jour, mort dans l'adynamie absolue. T., 37°8.

Autopsie. — *Cavité abdominale.* — Dans le bout inférieur de l'iléon, cinq ou six plaques de Peyer peu tuméfiées ; un certain nombre de follicules clos ulcérés. Des cultures faites avec la pulpe splénique révèlent nettement la présence du bacille d'Eberth.

Cavité thoracique. — Adhérences fibreuses anciennes de la plèvre gauche. Le sommet droit présente de petits nodules tuberculeux gris jaunâtres. A la base, infiltration tuberculeuse diffuse dans un tissu très hépatisé. Au sommet gauche, tubercules infiltrés, les uns en granulations grises disséminées, les autres confluents et ramollis, constituant des cavernes, dont les plus grosses ont la dimension d'une noisette. A la base, congestion et quelques petits tubercules disséminés. Bacilles de Koch retrouvés au microscope.

Interprétation. — Voici un malade qui, un mois avant son entrée à l'hôpital, avait déjà été traité pour une fièvre de nature mal déterminée. On avait parlé de paludisme, mais il s'agissait probablement d'une poussée de tuberculose ai-

guë qui s'était rapidement éteinte. Le malade reprend son service et rentre au bout d'un mois pour une fièvre typhoïde caractérisée par des taches rosées, de la diarrhée, de la prostration, de la stupeur, une langue sèche, rouge sur les bords et une température oscillant aux environs de 40°. Mais à côté de symptômes typhiques classiques, on observait des phénomènes pulmonaires très accusés dès le début, une toux fréquente, des crachats muco-purulents d'abord, puis sanguinolents. Le pouls qui, dans la fièvre typhoïde chez l'adulte, ne dépasse guère 120, battait à 140. Il y avait de la respiration rude et de la matité sous la clavicule droite. Enfin, on trouvait des bacilles de Koch dans les crachats.

En présence de semblables manifestations, il y avait évidemment lieu de se demander s'il existait réellement une fièvre typhoïde ; en effet, à part les taches rosées qui sont bien exceptionnelles dans la tuberculose aiguë, on pouvait mettre sur le compte de cette dernière tous les symptômes observés, et cela d'autant plus volontiers que des bacilles de Koch avaient été découverts dans l'expectoration. La coexistence des deux affections si difficile à établir par la clinique, fut contrôlée par l'anatomie pathologique et confirmée par la bactériologie. Il est probable que la fièvre typhoïde a donné un coup de fouet à la tuberculose des sommets qui aurait pu sans cela avoir une évolution lente, sinon guérir, et pour Loison et

Simonin, elle aurait été la cause de l'ensemencement tuberculeux des bases. « En effet, disent-ils, il est facile de comprendre que, au moment des quintes de toux, des parcelles de crachats puissent être entraînées dans les différentes parties de l'arbre aérien. Chez un tuberculeux ordinaire, les bacilles de Koch ne trouveront pas toujours dans les petites bronches et les alvéoles des bases pulmonaires, des conditions favorables à leur développement et seront expulsés ultérieurement; tandis que chez les typhiques, la congestion hypostatique des bases pulmonaires préparera le terrain à l'ensemencement.

Nous ne partageons pas tout à fait la manière de voir de Loison et Simonin, car il est bien des tuberculeux qui, pour une raison quelconque, font de la congestion des bases, et chez qui cependant la tuberculose ne revêt pas une marche aiguë. Nous croyons plutôt que la fièvre typhoïde, en débilitant considérablement l'organisme tout entier, l'a rendu moins résistant à l'invasion bacillaire et a favorisé ainsi l'extension et la généralisation de la tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION VI

Fièvre typhoïde légère. — Tuberculose hépatique pulmonaire et méningée. Mort au 32^e jour. (Archives de méd. et de pharm. milit.). Résumée.

Le nommé Math..., soldat au 4^e régiment de zouaves, en-

tre à l'hôpital avec le diagnostic de fièvre typhoïde. Symptômes classiques, hypertrophie de la rate.

Pendant vingt jours la courbe thermique décrit de grandes oscillations, atteignant 40° le soir et se rapprochant le matin de la normale ; puis le type thermique devient continu jusqu'à la mort. Symptômes habituels de la fièvre typhoïde, taches rosées, selles liquides, fréquentes, ballonnement du ventre, gargouillement dans la fosse iliaque etc.

Autopsie. — *Cavité abdominale.* — Plaques de Peyer sur le petit intestin, tuméfiées et présentant des ulcérations non confluentes. Quelques follicules clos tuméfiés et ulcérés. Rate hypertrophiée (820 grammes). Foie gros (1870 grammes), à surface extérieure granuleuse. On aperçoit une série de points confluentes, couleur feuille morte, disséminés sur un fond noir bleuâtre. Sur la coupe, le tissu présente un aspect granité très marqué ; on voit, comme à l'extérieur, des nodules de la grosseur d'une tête d'épingle à un pois, se détacher vivement sur le fond clair de la substance hépatique.

Cavité thoracique. — Adhérences pleurales très résistantes au sommet gauche, qui à la déchirure donnent ouverture à des cavernes du volume d'un œuf de pigeon. Dans toute la hauteur du poumon, on note une infiltration de tubercules à divers degrés d'évolution.

Cavité crânienne. — Œdème sous arachnoïdien marqué ; infiltration séreuse abondante : le long de la scissure de Sylvius, on remarque plusieurs petits tubercules milliaires disséminés.

Interprétation. — Cette observation nous montre un malade en possession d'une tuberculose torpide, latente, qui ne l'empêchait pas de faire son service comme tous ses camarades. Il contrac-

te une fièvre typhoïde sous l'influence de laquelle sa tuberculose se réveille en suivant tout d'abord une marche assez lente, avec une courbe thermique rémittente pendant 20 jours. Jusqu'ici la fièvre typhoïde était reléguée au second plan, quand brusquement la fièvre prend le type continu et au bout de 12 jours la mort survient. L'autopsie révèle des granulations miliaires dans différents organes et des altérations relativement récentes des plaques de Peyer.

En résumé, voilà un tuberculeux qui, au début, avait pu résister pendant un certain temps à la généralisation de sa tuberculose et dont, plus tard, l'organisme épuisé par la dothiéntérie, se laisse envahir par le bacille de Koch, qui va se localiser sous forme de granulations grises dans toute la hauteur du poumon gauche, dans les méninges et dans le foie.

Malheureusement les recherches bactériologiques n'ont pas été faites, mais la clinique et l'anatomie pathologique nous paraissent suffisants pour reconnaître la coexistence des deux affections.

OBSERVATION VII

Fièvre typhoïde ataxo-adyynamique. Légère hémorragie intestinale. Broncho-pneumonie tuberculeuse double. Péricardite séreuse et pie-mérite intenses ter-

minales. Mort au 103^e jour. (Archives de méd. et de pharm. milit.). Résumée.

Le nommé Av... Louis, cavalier au 4^e chasseurs d'Afrique, arrive à l'hôpital le 5 septembre 1891, avec les symptômes d'une fièvre typhoïde. On constate en outre des râles sibilants dans toute la poitrine, en arrière, à gauche surtout.

Le 10^e jour, température à type continu autour de 40°. Taches rosées, pouls à 100, dicrote. Râles muqueux dans toute la poitrine.

Le 12^e jour, signes de broncho-pneumonie à gauche.

Le 14^e jour, légère hémorrhagie intestinale. Sibilances et râles sous-crépitanants dans toute la poitrine. T. 40°.

Le 18^e jour, épistaxis légère. Sibilances et râles muqueux disséminés, avec prédominance à gauche.

Le 21^e jour, symptômes analogues à droite, plus accusés encore. Les phénomènes abdominaux ont disparu, le ventre est souple, une selle par jour. Les nuits sont bonnes; la courbe thermique s'abaisse rapidement. Persistance des râles sibilants et sous-crépitanants dans l'étendue des deux poumons.

Le 30^e jour, sudamina; la fièvre affecte un type très irrégulier.

Le 36^e jour, quelques râles sous-crépitanants sous la clavicule gauche.

Le 44^e jour, sous la clavicule droite, râles humides, respiration soufflante. Sous la clavicule gauche et dans toute l'étendue du poumon, râles fins et humides. En arrière et à droite, souffle dans les fosses sous et sus-épineuses, broncho-phonie et submatité. Souffle et broncho-phonie dans la fosse sus-épineuse gauche. A partir de ce moment la tuberculose poursuit sa marche. La température oscille du matin au soir (fièvre hectique).

Le 103^e jour, le malade meurt assez rapidement après avoir présenté, pendant 48 heures, des symptômes d'apoplexie cérébrale et une chute brusque de la température.

Autopsie. — *Cavité abdominale.* — Dans l'intestin grêle, les follicules clos et les plaques de Peyer, sont légèrement tuméfiés, nettement ulcérés, bien détergés, mais sans aucune tendance à la guérison. Les cultures faites avec la pulpe splénique, révèlent la présence du bacille d'Eberth.

Cavité thoracique. — Au tiers supérieur des deux poumons, adhérences fibreuses anciennes unissant les deux feuillets pleuraux. Les lobes supérieurs et moyens sont fortement indurés. A la coupe, on les trouve farcis de tubercules à toutes les périodes d'évolution. Quelques cavernules du volume d'une noisette sont disséminées des deux côtés.

Epanchement péricardique.

Infiltration œdémateuse sous-arachnoïdienne.

Interprétation. — Ici, le début de la maladie était bien celui d'une dothiéntérie vulgaire, avec fièvre à type continu, et jusqu'au douzième jour, on ne pouvait guère songer à autre chose. Puis peu à peu apparaissent des signes de broncho-pneumonie à gauche d'abord, ensuite à droite au vingt-unième jour, où ils sont plus accusés encore. En même temps la fièvre affecte un type très irrégulier à grandes oscillations. Des souffles serévèlent dans les fosses sus et sous-épineuses et le malade meurt en pleine fièvre hectique au cent-troisième jour. On trouve à l'autopsie des lésions tuberculeuses récentes dans les deux poumons et des ulcérations typhiques non cicatrisées dans

l'intestin grêle. Le suc extrait de la rate donne une culture de bacille typhique.

Ou bien ce malade était tuberculeux avant son entrée à l'hôpital et alors sa tuberculose n'évolue pas, puisqu'il pouvait faire son service de cavalier (malheureusement l'observation ne fait pas mention des antécédents du malade); ou bien il a contracté la tuberculose à l'hôpital en même temps qu'il faisait sa fièvre typhoïde, et toutes deux ont évolué de pair. L'organisme n'a pu résister à l'assaut combiné des deux affections. Il est sorti victorieux de la lutte contre la fièvre typhoïde, mais la tuberculose plus tenace a continué à l'assaillir et a fini par en avoir raison. Le malade est mort tuberculeux sans avoir pu réparer les anciennes brèches faites à l'intestin par le bacille d'Eberth.

Était-il possible de deviner chez ce malade l'association des deux maladies? Au début, rien ne permettait de poser le diagnostic. Mais dès le trentième jour, au moment où la courbe thermique devient très irrégulière, à grandes oscillations; et en raison de ces symptômes de broncho-pneumonie double avec râles sous-crépitaux et souffle; en raison de l'absence d'une nouvelle éruption de taches rosées qui puisse faire croire à une rechute de fièvre typhoïde, nous pensons qu'en modifiant le diagnostic porté au début, on pouvait fortement songer à une bacillose pulmonaire, sans toutefois être autorisé à l'affirmer nettement.

OBSERVATION VIII

Fièvre typhoïde ataxo-adyynamique. Tuberculose ancienne et latente du sommet droit. Broncho-pneumonie massive et récente de la base du poumon gauche. Pleurésie suppurée interlobaire gauche ouverte tardivement dans la grande cavité pleurale. Mort au 40^e jour. (Archives de médecine et de pharmacie militaires.) Résumée.

Le nommé Courth... Eugène, soldat au 4^e régiment de zouaves, entre à l'hôpital avec les symptômes du début d'une fièvre typhoïde. Pouls 96. T. 40°.

Le malade tousse peu ; râles sonores disséminés en arrière, plus nombreux dans les bases.

Le 6^e jour, taches rosées, la température s'abaisse progressivement.

Du 7^e au 9^e jour, le malade tousse. Congestion marquée des bases pulmonaires.

Le 12^e jour, nouvelles éruptions de taches rosées confluentes. Congestion des bases très marquée, râles sonores dans toute la poitrine ; détente générale les jours suivants. Disparition du délire, de la stupeur, du dicrotisme du pouls.

Du 18^e au 21^e jour, la stupeur reparait. La courbe thermique décrit de grandes oscillations irrégulières. Pouls de nouveau dicrote à 110 et 120. Congestion pulmonaire double généralisée, crachats striés de sang, frottements pleuraux nombreux, pas de souffle.

Du 25^e au 27^e jour, râles sous-crépitaux disséminés en arrière, prédominants à gauche, la respiration devient très obscure en ce point. Le 26^e jour, on y constate des

râles nombreux et variés, ainsi que des frottements. Pouls à 120 et 130. Sueurs abondantes et début d'eschère au sacrum.

Du 28^e au 38^e jour, la courbe thermique continue à décrire des oscillations irrégulières. Pouls non dicrote à 90 et 115. Gros râles muqueux à la base du poumon gauche.

Abcès furonculaire de la fesse. Pus bleu sur les vésicatoires depuis le 28^e jour.

Le 40^e jour, au matin, on constate de la cyanose de la face. Le facies est grippé, les yeux excavés, la dyspnée est intense (54 respirations à la minute). Pouls très petit, à 144. Sur tout le corps on constate une teinte ecchymotique violacée. On note une matité complète s'étendant aux deux tiers du poumon gauche en arrière. Mort par asphyxie dans l'hyperthermie (40° 2).

Autopsie. — *Cavité abdominale.* — Teinte ardoisée de la muqueuse du gros intestin : quelques follicules clos ulcérés ; rougeur diffuse de la muqueuse de l'intestin grêle. Huit plaques de Peyer un peu tuméfiées, mais les ulcérations sont réparées, cicatrisées ; pas de psorentérie ; ganglions mésentériques indurés et engorgés. Rate congestionnée, pesant 350 grammes, contenant du bacille d'Eberth révélé par des cultures.

Cavité thoracique. — A droite, symphise pleurale totale créée par des fausses membranes épaisses et adhérentes, reliant le poumon aux parois du thorax et au diaphragme. A gauche, épanchement séro-purulent de 300 grammes au moins provenant d'une pleurésie interlobaire ouverte dans la grande cavité pleurale.

La plèvre interlobaire est épaissie, infiltrée de granulations tuberculeuses, tapissée de flocons séro-purulents nageant dans un liquide louche. Un orifice percé dans les fausses membranes la met en communication avec la cavité pleurale gauche.

Le sommet du poumon droit présente deux petites cavernes remplies de pus, à parois anfractueuses paraissant anciennes.

La base du poumon gauche ne forme plus qu'un bloc massif, compact et dur, farci de granulations tuberculeuses en voie de ramollissement. Les parois des bronches sont infiltrées de tubercules qui les rendent rigides comme des tuyaux. Rien au sommet

Ganglions bronchiques hypertrophiés bourrés de granulations tuberculeuses.

Interprétation. — Cette observation présente beaucoup d'analogies avec la précédente, à cela près qu'ici la tuberculose du sommet droit était ancienne et latente, que dès le dix-huitième jour, elle se réveille et se généralise vers la base du poumon gauche et les plèvres et qu'enfin la mort est survenue beaucoup plus rapidement. Sous l'influence de la fièvre typhoïde, les tubercules du poumon droit ont été rappelés à l'activité et ont servi à ensemercer les plèvres et la base gauche.

Là encore, à partir du dix-huitième jour, la courbe thermique décrit de grandes oscillations irrégulières, le pouls arrive à 120 et 130, on observe des sueurs abondantes et des crachats striés de sang. Les antécédents du malade n'étant pas connus, ces symptômes n'étaient pas suffisamment caractéristiques pour qu'on puisse poser l'hypothèse d'une tuberculose aiguë combinée à l'infection typhique.

L'apparition de taches rosées dès le sixième jour de la maladie, le dicrotisme du pouls, son défaut de concordance avec la température (96 pulsations pour 40°) étaient autant de signes permettant d'affirmer l'existence de la fièvre typhoïde ; mais affirmer la coexistence d'une tuberculose aiguë, en se basant sur les symptômes pulmonaires, nous eût paru très hardi et très problématique. L'autopsie seule pouvait confirmer l'hypothèse faite pendant la vie.

Les cultures faites avec la pulpe splénique contiennent des bacilles d'Eberth. Dans cette observation, comme dans les observations V et VII, qui furent recueillies à l'hôpital du Belvédère en 1886, les recherches bactériologiques ont été faites et chaque fois, on a découvert, soi-disant, le bacille typhique. Mais on est en droit de se demander si c'est bien ce microbe qu'on a décelé, ou s'il n'a pas été confondu avec le coli-bacille. C'est qu'en effet le bacille d'Eberth est dans la fièvre typhoïde très fréquemment uni à ce dernier et partant très difficile à isoler. De plus, on ne le retrouve dans la rate que dans les premières périodes de la maladie ; or, les recherches chez nos malades furent faites *post mortem*, c'est-à-dire au 23^e jour (observ. V), au 103^e jour (observ. VII) et au 40^e jour (observ. VIII), autrement dit à une époque où on ne trouve plus le bacille dans la rate. Enfin, il faut bien le dire, en 1886, la bactériologie n'en était pas où elle en est aujourd'hui et les

caractères différentiels du bacille d'Eberth et du bacillus-coli-commune étaient peut-être encore assez mal connus; de sorte qu'il ne faut attacher qu'une importance relative aux recherches faites à cette époque. Néanmoins dans nos observations, les lésions macroscopiques constatées à l'autopsie sont, à notre avis, suffisamment caractéristiques, pour qu'il ne soit guère permis d'émettre un doute sur leur nature.

OBSERVATION IX.

Fièvre typhoïde associée à une tuberculose méningée et pulmonaire. (Thèse de F. Heuschert, Berlin 1892, page 26).

Prisonnier français de 22 ans. Tombé malade au milieu de mars 1871. Mort en avril 1871.

Pendant la première semaine, évolution normale de la fièvre typhoïde sur laquelle se sont ensuite greffés des signes évidents de tuberculose méningée et pulmonaire.

Autopsie. — Ulcérations typhiques typiques de l'intestin. Ganglions mésentériques entremêlés de nodules caséux. Méningite tuberculeuse. Nombreuses granulations miliaires sur les feuillets pleuraux et dans le poumon gauche. Nulle part de masses caséuses anciennes.

OBSERVATION X.

Fièvre typhoïde et tuberculose aiguë combinées.
(Thèse de F. Heuschert, page 28).

Commerçant âgé de 18 ans, malade le 21 avril 1871, mort le 26 avril 1871.

Constitution délicate, anémique, prédisposée aux affections catarrhales. Diagnostic pendant la vie. Méningite cérébro-spinale épidémique.

Autopsie. — Cicatrices récentes d'inflammation typhique. Tuberculose péritonéale. Granulations tuberculeuses dans le foie, la rate et les reins. Méningite tuberculeuse de la base. Pleurésie tuberculeuse double. Tubercules récents dans les deux poumons. Pas de tuberculose préexistante.

Ces deux observations ne se prêtent guère à une discussion en raison de leur brièveté. Nous ne les rapportons que parce qu'elles sont des exemples à ajouter aux précédents. A côté de ces deux cas, Heuschert, dans sa thèse, en relate un certain nombre d'autres qu'il emprunte à Mettenheimer, mais dans lesquelles l'association typhique et tuberculeuse n'est pas aussi nette. Nous avons parlé dans notre chapitre I des circonstances particulières dans lesquelles se trouvaient les malades faisant l'objet de ces observations. Nous n'y reviendrons pas. Disons seulement que, malgré leur fréquence, elles ne suffisent pas, en

raison des conditions spéciales où l'on se trouve, à détruire ce fait que l'association éberthienne et bacillaire est, en clinique, d'une rareté excessive.

Ayant exposé les faits, nous hésitons à tirer des conclusions. La question est en effet trop ardue pour pouvoir être jugée sur un si petit nombre de cas. Il n'en résulte pas moins que la difficulté pratique d'interprétation, en pareilles circonstances est susceptible d'induire en erreur un excellent observateur, jusques et y compris l'examen nécropsique, puisqu'il peut arriver que le microscope soit seul capable d'apporter la certitude.

D'autre part, nous sommes tentés d'attribuer à de simples erreurs de diagnostic un bon nombre des observations de tuberculose bénigne suivies de guérison, signalées de divers côtés parmi les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde. Nous allons aborder timidement dans le chapitre suivant cette question si compliquée du diagnostic, où les difficultés sont accumulées comme à plaisir, ne nous promettant pas de la résoudre.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC.

Pour entreprendre un problème aussi difficile et aussi délicat, peut-être ferons-nous bien d'établir tout d'abord d'une façon en quelque sorte un peu schématique :

1° Le diagnostic de la fièvre typhoïde simulant la tuberculose aiguë.

2° Celui de la tuberculose aiguë simulant la fièvre typhoïde.

3° Nous tâcherons de montrer comment on peut faire le diagnostic différentiel des deux affections, ce qui n'est pas toujours chose facile.

4° Ceci étant posé, nous essayerons de trouver dans nos observations des signes qui nous permettent de reconnaître l'association des deux maladies, si toutefois la chose est possible.

**1^o Diagnostic de la fièvre typhoïde simulant
la tuberculose aiguë.**

Et d'abord existe-t-il une forme spéciale de fièvre typhoïde ressemblant entièrement à la tuberculose aiguë? Nous ne le croyons pas.

Cependant le début des deux maladies offre parfois des caractères si analogues qu'il est en somme bien permis de s'y méprendre quelquefois. La fièvre typhoïde, en effet, peut s'annoncer par un malaise général, l'inaptitude au travail physique et intellectuel, des perturbations de caractère, qui devient irascible et maussade, l'irrégularité du sommeil, que troublent des rêvasseries ou des rêves pénibles, avec une grande fatigue au réveil, une torpeur des fonctions digestives, des épistaxis, une céphalée vague. Mais ce sont là autant de manifestations morbides qu'on observe dans maintes maladies infectieuses à leur début. Cependant la période d'invasion de la dothiéntérie présente toujours, comme dans la tuberculose aiguë, un caractère trainant; peut-être serait-elle un peu moins longue que dans cette dernière. Il arrive pourtant que, dans la fièvre typhoïde, le premier interrogatoire révèle que l'altération de la santé remonte à deux ou trois septénaires ou même davantage, parfois avec des rémissions passagères qui ont fait croire à la guérison imminente d'une

indisposition insignifiante. C'est ainsi que procède d'habitude la tuberculose aiguë, tandis qu'il est en somme peu fréquent de voir la dothiémentérie revêtir ces allures au début.

Les symptômes pulmonaires de la fièvre typhoïde doivent évidemment attirer tout particulièrement notre attention. Voyons donc ce qu'ils ont de commun avec les manifestations de la tuberculose aiguë.

Dès la fin de la première semaine, en général, on entend des deux côtés de la poitrine, çà et là, des râles sonores et sibilants, souvent mêlés de quelques râles muqueux. Bazin et Forget, accordant à juste titre, une signification considérable à ces bruits morbides, proposaient de les désigner sous le nom de râles typhoïdes. Ils ont souvent en effet, dans un ensemble de symptômes mal définis, une valeur diagnostique réelle, et Woillez dit expressément qu'il n'a vu manquer les signes de l'hypérémie pulmonaire dans aucun des cas de fièvre typhoïde qu'il a examinés. Du reste les épistaxis, si fréquentes dans la dothiémentérie, sont la conséquence de cet état de choses.

Avec ces râles variables, on constate en général quelques modifications du murmure vésiculaire qui est affaibli ou plus rarement rude. Ces signes indiquent une hypérémie broncho-pulmonaire bien plutôt qu'une bronchite franchement inflammatoire ou catarrhale. Il y a là, croyons-nous, certains points de ressemblance avec les signes stéthoscopiques de la granulie aiguë.

Lorsque la stupeur est profonde, l'engouement hypostatique des poumons est imminent et on constate à un degré variable les signes de la congestion des parties déclives. La sonorité est diminuée sans être abolie, le murmure vésiculaire est affaibli, ou plus rarement la respiration est rude ou faiblement soufflante, au voisinage du hile. Les limites, en général mal accusées de la matité, se modifient avec le décubitus habituel au malade. La persistance de râles fins et nombreux, dans une zone déterminée, coïncidant avec une extrême faiblesse du murmure vésiculaire, doit faire admettre que la splénisation a envahi le parenchyme pulmonaire. Le souffle tubaire indique presque toujours une complication pneumonique.

Dans certains cas, au cours de la fièvre typhoïde, des symptômes de broncho-pneumonie prédominants au sommet, peuvent en imposer pour de la granulie, surtout si la maladie traîne en longueur. La broncho-pneumonie est, en effet, assez fréquente dans la dothiéntérie, puisque Hoffmann indique 38 pneumonies lobulaires sur 250 autopsies, et Joffroy admet la proportion moyenne de 7 pour 100. Elle serait plus rare chez les enfants où Cadet de Gassicourt ne la note que dans 2 pour 100 des cas.

Ordinairement tardive, la broncho-pneumonie survient d'une façon insidieuse. Elle n'a un début plus net que dans les cas rares où elle se place au décours ou dans la convalescence de la fièvre

typhoïde. Dans ces cas, une recrudescence de la fièvre, un frisson peuvent en traduire l'apparition. Le plus souvent les signes physiques sont très effacés. Parfois cependant il existe un foyer avec souffle tubaire.

Mais, il faut bien le dire, le diagnostic de la broncho-pneumonie avec la tuberculose aiguë est souvent fort difficile. De part et d'autre, début insidieux, dyspnée extrême, température élevée, cyanose précoce de la face et dans les deux cas, râles sous-crépitaux et sibilants, respiration soufflante. Cependant, la localisation persistante des lésions au sommet des poumons, la présence de sang dans les crachats, sont des signes de présomption en faveur de lésions tuberculeuses. Au contraire, la mobilité des signes stéthoscopiques, la constatation de plusieurs poussées atteignant successivement différentes parties du poumon, seraient plutôt le fait de la broncho-pneumonie.

On observe souvent aussi, surtout chez les enfants, des accidents cérébraux très bruyants, mais la gravité en est relativement faible. Ils peuvent prendre des caractères méningitiques et produire des convulsions ou des paralysies. Si l'on constate en même temps des accidents thoraciques analogues à ceux auxquels nous faisons allusion plus haut, la coïncidence de ces symptômes cérébraux et pulmonaires, peut parfois induire le médecin en erreur et l'on pourrait songer à une infection granuleuse généralisée avec

prédominance de localisation du côté des méninges, alors qu'il s'agit parfois d'une fièvre typhoïde banale. Mais l'observation du malade pendant quelques jours lèvera rapidement les doutes.

Une fois la maladie confirmée, le diagnostic de la fièvre typhoïde s'éclaircit de plus en plus. L'évolution fébrile avec ses périodes successives et régulières, la courbe thermométrique en plateau, l'éruption de taches rosées, la diarrhée caractérisée par des selles ocreuses et fétides, le ballonnement du ventre, la douleur et le gargouillement dans la fosse iliaque, tels sont autant de signes qui permettent presque d'affirmer l'existence d'une fièvre typhoïde.

Cependant il n'existe jusqu'à présent qu'un signe pathognomonique de cette maladie, c'est la constatation du bacille d'Eberth. Quelques auteurs allemands ont conseillé la ponction de la rate sur le vivant pour le rechercher, mais nous n'hésitons pas à déconseiller cette manœuvre qui n'est peut-être pas exempte de dangers.

Mais s'il est assez rare en somme de voir la fièvre typhoïde simuler la tuberculose aiguë, il est beaucoup plus fréquent de voir la granulie aiguë simuler la dothiéntérie.

2° Diagnostic de la tuberculose aiguë simulant la fièvre typhoïde.

Cette forme est une des variétés les plus fréquentes de la tuberculose aiguë à forme granulique. Les granulations tuberculeuses peuvent ici éclore de toutes parts, en quelque sorte au hasard ; aussi malgré la prédominance habituelle du processus dans l'appareil respiratoire, les symptômes pulmonaires peuvent rester relégués au second plan, perdus dans un ensemble symptomatique qui rappelle celui des maladies « *totius substantiæ* » à note franchement infectieuse. C'est pour cela que cette forme clinique de la granulie présente la plus frappante similitude avec la pyrexie par excellence, la fièvre typhoïde.

Etudions donc aussi rapidement que possible l'appareil symptomatique de cette modalité clinique.

Le premier acte du processus morbide est l'infection du sang, la bacillémie ; c'est dire que les phénomènes révélateurs d'une intoxication générale doivent précéder les manifestations locales. Tandis que, dans la plupart des pyrexies infectieuses, la période prodromique n'a pas une longue durée et que bientôt l'affection arrive à sa période d'état, dans la tuberculose aiguë, l'invasion est habituellement lente. Si parfois, il ne se

passé guère plus d'une septénaire avant que d'autres manifestations plus nettes apparaissent, souvent aussi, plus souvent même, cette phase de germination se prolonge deux ou trois semaines. Il peut même arriver que le malaise s'atténue pendant quelques jours, comme si l'économie reprenait le dessus entre deux poussées infectieuses successives.

Puis apparaissent bientôt deux autres symptômes qui attirent l'attention du côté des voies respiratoires : c'est d'abord une oppression continue et paroxystique et ensuite une petite toux sèche et assez pénible. A ce moment la période d'état est arrivée et le poumon est envahi par les granulations miliaires qui rétrécissent le champ de l'hématose.

On constate alors du côté du système nerveux de l'adynamie moins profonde que dans la fièvre typhoïde ; l'ataxie est également moins accusée, la stupeur moins grande. Le malade répond encore avec effort aux questions qu'on lui pose. La céphalée est généralement peu intense. Le délire est tranquille : c'est plutôt du subdélirium qui se manifeste particulièrement la nuit pour disparaître au point du jour.

Les bourdonnements d'oreille et la surdité manquent souvent ; par contre, la photophobie est fréquente.

Les symptômes thoraciques ne laissent pas d'avoir une certaine importance au point de vue du diag-

nostic, et le plus souvent ce sont eux qui permettent de soupçonner la nature tuberculeuse de la maladie. A la période d'état, la respiration devient de plus en plus rapide et elle dégénère bientôt en une véritable dyspnée très laborieuse. L'hématose se fait mal, les lèvres et les extrémités se cyanosent. La toux est peu fréquente, mais quinteuse et pénible. Les crachats sont glaireux et mousseux, en raison de la congestion pulmonaire concomitante aux granulations. L'examen bactériologique est le plus souvent négatif.

On constate quelquefois, surtout aux sommets des zones de submatité dues à un foyer congestif, alternant avec des zones de tympanisme produites par un emphysème localisé.

L'auscultation ne renseigne guère mieux et il est curieux de voir, avec une dyspnée parfois très intense, des signes stéthoscopiques aussi peu accusés. On perçoit çà et là quelques râles et quelques ronchus disséminés d'une extrême mobilité.

Parmi les symptômes abdominaux, signalons la rétraction du ventre en bateau, plutôt que le météorisme qui n'existe que lorsqu'il y a en même temps péritonite tuberculeuse ; si le ventre est sensible au toucher, cette hyperesthésie porte sur toute la paroi abdominale. La constipation, l'inappétence paraissent être la règle, l'émaciation est rapide. La mégalosplénie n'est pas très accusée et surtout est assez tardive. L'hypertrophie du foie, au contraire, serait plus considérable. L'éruption

de taches rosées est absolument exceptionnelle, si tant est qu'elle existe ; on peut trouver des sudamina.

Les caractères du mouvement fébrile sont importants à noter. Le chiffre de 40° n'est guère atteint ; l'ascension de la courbe thermique est ici brusquement progressive ; l'acmé est d'habitude rapidement atteinte. A la période d'état les oscillations sont considérables (Rühle). Enfin on peut observer des périodes de rémission de plusieurs jours et des crises accompagnées parfois de sueurs abondantes rappelant l'hecticité.

Le pouls se modèle en quelque sorte sur la température ; il est mou, dépressible, rarement dicrote.

Selon Landouzy, l'albumine peut, mais exceptionnellement, se rencontrer dans l'urine.

Tels sont, brièvement esquissés, les symptômes dominants qui permettent d'établir le diagnostic de la tuberculose aiguë. Aucun d'eux n'est pathognomonique, ils ne valent que par leur association.

Nous allons chercher maintenant comment on peut distinguer cet appareil symptomatique de celui de la fièvre typhoïde.

3° Diagnostic différentiel de la tuberculose aiguë et de la fièvre typhoïde.

Dès la période d'invasion, quelques caractères ou plutôt quelques nuances cliniques permettent

dans une certaine mesure de différencier les deux maladies. Nous avons déjà signalé la lenteur plus grande de l'invasion tuberculeuse. De plus, chez le typhique, les troubles digestifs, le mouvement fébrile, les bourdonnements d'oreille, le vertige, la prostration sont d'habitude plus prononcés, les épistaxis plus fréquentes ; par contre dans la tuberculose aiguë granulique, on note plus souvent une certaine accélération des mouvements respiratoires, parfois une véritable dyspnée et surtout un amaigrissement rapide. La courbe thermique y est plutôt irrégulière, tandis qu'elle s'élève graduellement dans la fièvre typhoïde.

Symptômes nerveux. — Les phénomènes adynamiques et ataxiques seraient peut-être moins accusés dans la granulie que dans la fièvre typhoïde. On nous objectera que ceci dépend beaucoup des formes que revêt la dothiéntérie. Cependant d'une façon générale, tandis que le typhique est bientôt condamné à rester couché sur le dos dans une immobilité presque absolue, le tuberculeux malgré une faiblesse extrême exprime cependant le désir de vouloir se lever pendant quelques heures de la journée. Si les forces lui manquent, il s'assied sans trop de difficultés dans son lit et y change assez volontiers de position, se plaçant souvent dans le décubitus latéral.

La céphalée est généralement moins intense dans la granulie que dans la fièvre typhoïde. La

carphologie, les soubresauts de tendons sont rares dans la première, assez fréquents dans la seconde. Il en est de même des bourdonnements d'oreille qui manquent souvent dans la granulie. Par contre, les phénomènes oculaires qui peuvent acquérir une valeur pathognomonique, lorsqu'on retrouve des granulations dans l'examen de l'œil, font presque toujours défaut dans la fièvre typhoïde. On les rencontrerait huit fois sur cinquante cas, d'après Reinhold, mais surtout à une période avancée de la maladie.

Symptômes thoraciques. — Nous avons vu à quoi se réduisaient les symptômes thoraciques dans la granulie. Les signes stéthoscopiques y font souvent défaut ou à peu près, alors que l'oppression est très prononcée. Au contraire, dans la fièvre typhoïde, la dyspnée est généralement en rapport avec les lésions que l'on trouve dans la poitrine, bronchite généralisée ou congestion des bases, ou bien la respiration semble peu souffrir d'une lésion hypostatique assez accusée.

Symptômes abdominaux. — Du côté du tube digestif, la langue n'offre que rarement dans la tuberculose aiguë la sécheresse, la teinte rouge sur les bords qui sont habituelles dans la fièvre typhoïde. Dans cette dernière, le ventre est plutôt météorisé que creusé en bateau et aplati, à moins qu'il n'y ait en même temps de la péritonite tuberculeuse ; la douleur et le gargouillement s'y localisent plus nettement dans la fosse iliaque droite,

tandis que dans la granulie, l'hyperesthésie porte sur toute la paroi abdominale. La rate serait plus hypertrophiée dans la fièvre typhoïde, ce serait l'inverse pour le foie. Enfin dans la granulie, bien que les auteurs ne s'entendent pas bien sur la fréquence de la constipation et de la diarrhée, la constipation paraît cependant être la règle et même se montre souvent très rebelle. En tout cas, il est absolument exceptionnel qu'il se produise ici une diarrhée colliquative et surtout que les selles y présentent une coloration à la teinte jaune ocreuse si caractéristique des déjections typhiques ; elles sont plutôt muqueuses ou glaireuses, s'accompagnant de ténesme, si l'intestin est le siège d'ulcérations. On signale comme des exceptions, les hémorrhagies dans la granulie, tandis qu'elles sont assez communes dans la fièvre typhoïde.

Fièvre. — Les caractères du mouvement fébrile offrent des différences beaucoup plus appréciables cliniquement. En effet on ne retrouve jamais dans la phtisie aiguë les trois stades classiques du tracé typhoïdique. L'ascension n'est pas lentement progressive comme dans la dothiéntenterie, mais elle est beaucoup plus rapide, puis la courbe devient irrégulière et présente des oscillations considérables plus ou moins prolongées. Enfin certains auteurs, Landouzy (1) entre autres, ont préten-

(1) *De la fièvre bacillaire prétuberculeuse à forme typhoïde. Typho-bacillose.* Semaine médicale, 1891, page 225.

du qu'ici la température subissait bien moins que dans la fièvre typhoïde l'influence des agents antipyrétiques.

Pouls. — Quant au pouls, il atteint rapidement sans dicrotisme, dans la granulie, le chiffre élevé de 120 pulsations et même davantage, contrairement à ce qui se voit dans la dothiéntérie. Ici, il est sans parallélisme avec la température, là il s'accorde ou à peu près avec la courbe thermométrique.

Eruptions. — On peut observer des sudamina dans les deux maladies, mais les taches rosées sont la règle dans la fièvre typhoïde et exceptionnelles dans la granulie, à tel point que Landouzy « tient pour suspecte de bacilllose toute fièvre typhoïde dans laquelle a manqué l'exanthème. »

Urines. — D'après Albert Robin, l'urine serait plus claire dans la phtisie que dans la dothiéntérie, plus riche en urée, en acide urique et en en matières colorantes.

Enfin l'émaciation est beaucoup plus rapide chez le tuberculeux.

En résumé, la granulie n'a pas la courbe thermique régulière de la fièvre typhoïde, les taches lenticulaires y sont exceptionnelles, la tuméfaction splénique ne s'y voit qu'accessoirement, non plus que le dicrotisme du pouls, le gargouillement et la douleur iliaque. Le ventre est plutôt aplati et en bateau que météorisé, la stupeur est moindre, mais la dyspnée beaucoup plus prononcée. La

constatation de bacilles dans les crachats ou la découverte de granulations choroïdiennes dissiperont les doutes dans quelques cas. Les commémoratifs et les antécédents des malades pourront faire pencher la balance d'un côté ou de l'autre. Néanmoins, il faut le reconnaître, en dépit de tous ces caractères différentiels qui sont rarement associés, il est bien certain que très souvent le clinicien reste perplexe et réserve son diagnostic jusqu'au jour où, dans tel ou tel organe, le péricarde ou les méninges par exemple, apparaissent des manifestations qui sont en quelque sorte la signature du processus tuberculeux.

4° Diagnostic de l'association des deux maladies.

Mais ce qui complique encore bien plus le diagnostic, c'est qu'il est des cas heureusement fort rares où dothiéntérie et tuberculose aiguë évoluent simultanément. Déjà lorsque les deux maladies sont isolées, on voit parfois les cliniciens même les plus expérimentés hésiter pendant quelque temps pour se faire une opinion, ne trouvant pour la soutenir que des signes de très peu de valeur. Nous disons plus, il est des cas où le diagnostic ne peut être posé qu'à l'autopsie.

Comment dépister alors la combinaison éberthienne et bacillaire ? En interprétant chacune de

nos observations, nous nous sommes efforcé de faire ressortir les éléments ou plutôt les nuances cliniques sur lesquelles on pouvait se baser pour hasarder ce diagnostic extrêmement difficile.

Dans l'observation I, qui eût songé à une poussée de tuberculose, si l'on n'avait su que quelque temps auparavant, le frère du petit malade venait de succomber à une infection typhique et bacillaire combinée ? Trouvait-on des arguments suffisants pour appuyer cette opinion ? Le poulx, il est vrai, présentait une vitesse remarquable et les taches rosées ne se montraient pas. Mais les taches rosées manquent souvent dans la fièvre typhoïde de l'enfant. Aussi était-il plus naturel et plus logique d'admettre une rechute de fièvre typhoïde, en faveur de laquelle plaidaient la diarrhée, le délire, la courbe thermique, en un mot tous les symptômes observés.

Dans l'observation II, le précédent du frère n'existait pas. Aussi, en présence des symptômes classiques d'une fièvre typhoïde, l'idée d'une tuberculose coexistante ne vint même pas à l'esprit et en effet nous ne trouvons aucun signe qui puisse la faire soupçonner.

Chez le malade, sujet de l'observation III, le diagnostic fut porté pendant la vie, ce qui semblerait prouver qu'en somme les difficultés ne sont pas insurmontables. Mais c'est qu'il s'agit ici d'un cas bien spécial dans lequel la tuberculose est venue choisir une localisation qui permettait jus-

qu'à un certain point de la reconnaître. Le bacille de Koch avait quitté ici son déguisement habituel pour venir affirmer sa présence dans les méninges. Cependant, au lieu de songer à une méningite tuberculeuse, on pouvait parfaitement songer à une méningite typhique; et, malgré les grandes oscillations du tracé thermique, le clinicien qui donnait ses soins au malade ne songea à la tuberculose que lorsqu'apparurent les convulsions; et en raison de la localisation persistante de certains symptômes pulmonaires au sommet droit; en raison également des signes classiques d'une fièvre typhoïde observés dès le début, Sarda crut pouvoir affirmer, du vivant du malade, l'association simultanée des deux maladies.

Dans l'observation IV, on porte d'abord le diagnostic de fièvre typhoïde. Puis une observation plus attentive et plus approfondie de la maladie, la découverte du bacille de Koch dans l'expectoration, jointe à une suite de symptômes thoraciques bien nets, ont pour résultat de modifier une première impression qui cependant était juste. On abandonne donc l'idée d'une fièvre typhoïde et on affirme avec raison l'existence d'une tuberculose miliaire aiguë à laquelle on rapporte tout l'appareil symptomatique en présence. Le premier diagnostic était exact; le second ne l'était pas moins, mais aucun signe clinique, loin d'être suffisant pour pouvoir établir solidement la coexistence des deux affections, ne permettait même pas de songer

à la possibilité de cette association morbide. On trouvait bien des taches rosées et du gargouillement dans la fosse iliaque ; mais certains auteurs ont prétendu qu'on pourrait trouver un exanthème dans la tuberculose aiguë ; quant au gargouillement, bien que Chomel le considère comme un symptôme à peu près pathognomonique de la fièvre typhoïde, nous sommes loin de lui accorder autant de valeur. Ici encore, l'association morbide fut une découverte d'autopsie.

Voici maintenant un homme qui, un mois auparavant, a été soigné pour une fièvre dont on n'a pas spécifié exactement la nature. A sa seconde entrée à l'hôpital, on constate de la respiration rude et de la matité sous la clavicule droite, de la toux ; on trouve des bacilles dans les crachats. A côté de cela on observe tout l'appareil symptomatique de la fièvre typhoïde avec des taches rosées. Mais à part l'exanthème lenticulaire, ne pouvait-on pas rapporter à une tuberculose aiguë tous les symptômes observés ? Ici encore le diagnostic était bien difficile à établir cliniquement, et si la guérison était survenue, on eût pu à notre avis rester dans le doute (Observation V).

Dans l'observation VI, qui est assez écourtée, le diagnostic de la fièvre typhoïde fut porté dès le début, et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on découvrit la tuberculose. Malgré les grandes oscillations de la courbe thermique pendant la première période de la maladie, dès qu'apparurent les taches rosées,

la diarrhée et le gargouillement de la fosse iliaque droite, on fut tellement convaincu qu'on avait affaire à une dothiésentérie qu'on ne songea même pas à la possibilité d'une granulie aiguë coexistante.

De même dans l'observation VII, on porte d'abord le diagnostic de fièvre typhoïde. C'est qu'en effet on trouvait tout ce qu'il fallait pour cela. Mais peu à peu les symptômes pulmonaires s'accusent de plus en plus, des souffles apparaissent dans les fosses sus et sous-épineuses, de grandes oscillations irrégulières se montrent dans la courbe thermique et le malade meurt au bout de trois mois en pleine fièvre hectique. Il y avait tout lieu de supposer que ce qu'on avait pris au début pour une fièvre typhoïde était tout simplement une poussée de tuberculose aiguë. Le meilleur clinicien eût expliqué de cette façon la succession des symptômes observés, mais une surprise l'attendait à l'autopsie.

L'observation VIII représente plutôt l'histoire d'une fièvre typhoïde et malgré les grandes oscillations de la température, malgré les sueurs abondantes et les crachats striés de sang, le diagnostic de dothiésentérie s'imposait, de par l'apparition des taches rosées au sixième jour, le dicrotisme du pouls et son défaut de concordance avec le tracé thermométrique. Quant à affirmer la coexistence d'une tuberculose aiguë, n'hésitons pas à le dire, c'était impossible.

Il résulte de ce qui précède, qu'à part les cas exceptionnels, le diagnostic de l'infection typho-tuberculeuse est presque matériellement impossible. Les signes cliniques déjà parfois si délicats qui permettent de distinguer les deux maladies lorsqu'elles sont isolées, se combinent, quand elles sont simultanées, de telle façon qu'il n'est plus possible de les reconnaître et suivant que les uns ou les autres prédominent, on songe à l'une ou à l'autre maladie. De plus, non seulement les symptômes doivent varier d'après la période de la maladie, mais chaque malade doit présenter un tableau clinique individuel. Si l'on peut trouver des bacilles de Koch dans l'expectoration, ce qui est très rare, on diagnostique tuberculose ; et pourtant ces bacilles peuvent exister dans les crachats chez des typhiques en puissance d'une tuberculose endormie, sans qu'il y ait pour cela évolution simultanée et sans qu'on puisse mettre sur le compte de la tuberculose les symptômes pulmonaires qu'on peut observer au cours de la fièvre typhoïde. Si par une ponction de la rate, on parvient à obtenir des cultures de bacilles d'Eberth, on affirme la fièvre typhoïde et on lui rapporte tous les symptômes observés. Si l'on trouve à la fois et le bacille d'Eberth dans la rate, et le bacille de Koch dans les crachats, le doute est encore permis puisque ces derniers ne sont pas toujours pathognomoniques d'une tuberculose en évolution.

De plus, il faut établir une petite distinction, et dans ces cas d'association typho-tuberculeuse, il faut se demander s'il s'agit de tuberculose aiguë granulique généralisée, ou s'il y a tuberculose aiguë du poumon seulement. C'est qu'en effet le diagnostic différera légèrement. Dans le premier cas, on se trouvera en présence de deux infections généralisées, et dans le second de l'association d'une infection générale, la fièvre typhoïde, et d'une infection aiguë locale, la bacillose aiguë du poumon. Cette distinction sera le plus souvent bien difficile à faire. Toutefois il est évident que dans les cas où les lésions tuberculeuses poursuivent leur évolution dans le poumon seulement, on aura moins de peine à les reconnaître que dans les cas où une pluie bacillaire envahit rapidement tous les organes. Mais il ne faut pas oublier que les symptômes pulmonaires de la tuberculose aiguë offrent parfois tant de ressemblance avec les manifestations pulmonaires habituelles de la fièvre typhoïde que, le plus souvent, le diagnostic ne sera pas possible.

En résumé, aucun symptôme clinique ne permet de reconnaître d'une façon absolue l'association de la fièvre typhoïde et de la tuberculose aiguë, association qui n'est dans la majorité des cas qu'une surprise d'autopsie.

Quant au pronostic, dans ces cas d'association, son extrême gravité ne fait aucun doute. On comprend facilement que la tuberculose aiguë qui le

plus souvent ne pardonne pas, quand elle se trouve secondée dans son œuvre destructive par une pyrexie aussi sérieuse que la fièvre typhoïde, a bien vite raison d'un organisme, si résistant qu'il soit. Si l'on a pu citer quelques exemples suivis de guérison, leur authenticité nous paraît très douteuse.

CONCLUSIONS

1° Le prétendu antagonisme de la fièvre typhoïde et de la tuberculose n'existe pas, mais néanmoins la fièvre typhoïde est rare chez les tuberculeux, surtout chez ceux qui sont en pleine évolution bacillaire. De même la tuberculose aiguë est exceptionnelle chez les typhiques.

2° Ce qui est plus rare encore, c'est l'évolution simultanée des deux maladies, ainsi que le témoigne la littérature médicale. On ne doit accepter comme authentiques que les cas contrôlés par l'autopsie. L'observation microscopique et bactériologique est une garantie précieuse de diagnostic.

3° Lorsque la fièvre typhoïde éclate chez un tuberculeux elle ne semble pas revêtir une forme spéciale. Quant à la tuberculose, si elle est localisée et torpide, elle demeure ce qu'elle était; ou bien si elle était en voie d'évolution, elle continue cette évolution sans affecter aucun rapport avec la fièvre typhoïde, ou bien enfin elle prend une marche aiguë.

4° La tuberculose aiguë peut dès le début de la convalescence de la fièvre typhoïde simuler une rechute de cette dernière. Notre observation I est un exemple frappant de ce fait.

5° Le diagnostic différentiel de la tuberculose aiguë à forme typhoïde avec la dothiéntérie est parfois fort difficile. Cependant un certain nombre de signes cliniques permettent de le résoudre dans la majorité des cas.

Mais quand les deux maladies sont combinées et évoluent simultanément, le diagnostic de l'association morbide est impossible, car d'une part les symptômes pulmonaires de la tuberculose aiguë ressemblent trop à ceux que l'on voit souvent dans la fièvre typhoïde pour qu'il soit permis de leur accorder une valeur diagnostique suffisante ; d'autre part le tableau clinique de la fièvre typhoïde masque dans ces cas les signes habituels de la tuberculose aiguë.

Le pronostic est fatal dans tous les cas d'infection typho-tuberculeuse.

Vu :

Nancy, le 20 novembre 1895.

Le Président de la thèse,
P. SPILLMANN.

Vu

et permis d'imprimer,
Nancy, le 20 novembre 1895.

Le Recteur,
A. GASQUET.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRAL. — *Cliniques médicales*, tome IV, page 45, 1839.
- BARTHEZ. — Société de Médecine des Hôpitaux, 1855.
- BIRCH-HIRSCHFELD. — *Ueber Miliartuberculose nach Typhus-abdominalis*. « Archiv. für Heilkunde », S. 501-521, XII, 1871.
- CHANTEMESSE et VIDAL. — *Traité de médecine*, Charcot Bouchard, tome I, page 762, 1891.
- CONSTANTIN Paul. — *De l'antagonisme*, thèse d'agrégation, 1866.
- DAMASCHINO. — *Etiologie de la Tuberculose*, thèse d'agrégation, 1872.
- FORGET. — *Traité de l'entérite folliculeuse*, page 331.
- GRIESINGER. — *Virchow. Handbuch der spec. Pathologie. Infektionskrankheiten*, page 209.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — *Etiologie de la tuberculose*, page 423.
- HAUSHALTER. — *Association de la fièvre typhoïde et de tuberculose aiguë*. Revue Médicale de l'Est, n° 12, page 353, 1895.
- HOFFMANN. — *Untersuchungen über die Path. Anatom. Veränderungen der organe beim Abdominaltyphus*, Leipzig, 1869.
- HOMOLLE. — *Dictionnaire de Jaccoud*, tome XXXVI, page 549, 1884.

- KALENDERO. — *Zur Klinik der Bacterien Associationen Klinischer Vortrag*. Wiener medical Presse, n° 11, 1894, p. 405.
- KIENER et VILLARD. — *Note sur un cas de fièvre typhoïde et de tuberculose aiguë combinées*. Séances et Mémoires de la Société de Biologie, 7 janvier 1893, page 14.
- LAËNNEC. — *Traité de l'Auscultation médiate*, page 424.
- LANDOUZY. — *De la fièvre bacillaire prétuberculeuse à forme typhoïde. Typho-bacillose*. Semaine médicale, 1891, page 225.
- LEBERT. — *Handbuch der pract. medicin*. Bd II, page 163.
- LE COVEC. — *Etude sur quelques cas de fièvre typhoïde chez des tuberculeux*. Thèse de Paris, 1878, page 20.
- LIEBERMEISTER. — *Ziemssen. Handbuch der spec. Path. und Therapie*. Bd II, I, page 182.
- LOISON et SIMONIN. — *Coexistence de la fièvre typhoïde et de la tuberculose pulmonaire ou infection mixte typho-bacillaire*. Archives de Médecine et de Pharmacie militaires, 1893, tome XXII, page 289.
- LOUIS. — *Traité de la Fièvre typhoïde*, page 332, tome I.
- MASSINI. — *Ueber die Heilbarkeit der Lungenschwind-sucht*, II, 112, 1873.
- METTENHEIMER. — *Beobachtungen über Typhoïde Erkrankungen der französischen Kriegsgefangenen in Schwerin*, Berlin, 1872.
- MONNERET. — *Etiologie de la Tuberculose*, tome II, page 343.
- NIEMEYER. — *Lehrbuch der spec. Path. und Therapie*. Aufl. II, page 680.
- PARISER. — *Phtisis pulmonum als Nachkrankheit zu geschwürigen Processen des Darmtractus*. Inaugural. Dissert. Berlin, 1886.

PETER. — *De la tuberculisation en général*. Thèse d'agrégation, 1866.

PIDOUX. — *Etude générale et pratique sur la tuberculose*, page 331.

REVILLIOD. — *De l'action de quelques maladies aiguës sur la tuberculisation*. Thèse d'agrégation, Paris, 1865.

RILLIET et BARTHEZ. — *Traité des maladies des Enfants*, tome II, page 398.

RUEHLE. — *Ziemssen. Handbuch der spec. Path. und Therapie*, Bd II, V.

SARDA et VILLARD. — *Un cas de fièvre typhoïde et de tuberculose aiguë combinées*. Revue de Médecine, 1893, page 852.

SCHÜTZ. — *Typhus-abdominalis mit Nachfolgender Miliartuberculose*. Prag. med. Wochenschrift, n° 32, 1881, II, 31.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION.	5
HISTORIQUE.	9
CHAPITRE PREMIER. — De la fréquence de l'associa- tion typho-tuberculeuse.	21
CHAPITRE II. — Observations	27
CHAPITRE III. — Diagnostic.	67
CONCLUSIONS	89
BIBLIOGRAPHIE	91
